

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados

Sofia Raquel Olim Vieira

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de
Enfermagem de São José de Cluny para obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal
2017**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados**

Sofia Raquel Olim Vieira

Orientador: Professora Doutora Luísa Santos

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de
Enfermagem de São José de Cluny para obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal
2017**

Quando se viaja em direção a um objetivo (...) é muito importante prestar atenção ao caminho. O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar e enriquece-nos enquanto o cruzamos.

Paulo Coelho, 1998

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio, motivação e sobretudo pela compreensão que sempre me transmitiram ao longo deste percurso.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, pela amizade principalmente nos momentos de ausência e desânimo.

À Professora Doutora Luísa Santos, orientadora deste trabalho, pelo modo como acompanhou e orientou o meu percurso de desenvolvimento de competências no cuidar do cliente crítico.

Aos enfermeiros orientadores e elementos das equipas dos diversos contextos de ensino clínico, pelo acolhimento, disponibilidade, profissionalismo e partilha de experiências e saberes.

A todos os quantos contribuíram, sob diversas formas, para a realização deste trabalho.

O meu Obrigado!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, correspondendo ao culminar de um processo de aprendizagem no cuidar da pessoa em situação crítica.

Nele se demonstra e enfatiza o percurso da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas para cuidar da pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, experienciado ao longo de três unidades curriculares de ensino clínico, Estágio I- Serviço Emergência Médica Regional e Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM,EPE; Estágio II- Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça e Estágio III- Unidade de Queimados do Hospital da Prelada.

Demonstra o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, particularmente no cuidar da pessoa com lesão tecidular por queimadura, desde a abordagem pré-hospitalar, aos cuidados em unidade de queimados, assim como, descreve e reflete sobre as atividades desenvolvidas e as estratégias que contribuíram para a aquisição de saberes à luz das competências comuns e específicas requeridas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apresenta o perfil de competências construído numa prática baseada na evidência científica, e desenvolvida em contextos formativos de referência.

Reflete as habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos intrínsecos à prestação de cuidados especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica, com enfoque no cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura numa dimensão sistémica.

Conclui que as competências adquiridas incitaram o incremento do pensamento crítico-reflexivo na ação e para a ação, e concludentemente à segurança e à qualidade dos cuidados prestados e consequentemente foram responsáveis por uma intervenção de enfermagem especializada.

Palavras-chave: competências, cuidar, enfermagem médico-cirúrgica, especialização, cliente.

ABSTRACT

This report is part of the Masters Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, corresponding to the culmination of a learning process in the care of the person in a critical situation.

It demonstrates and emphasizes the course of acquisition and development of specialized skills to take care of the person in critical situation and / or organic bankruptcy, experienced during three clinical teaching units, Stage I - Regional Medical Emergency Service and Urgent Service of the Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM, EPE; Stage II - Cardiothoracic Intensive Care Unit of Hospital Dr. Nélio Mendonça and Stage III - Burned Unit of the Hospital da Prelada.

Demonstrates the process of developing specialized skills in caring for the person experiencing complex processes of critical illness and / or organic failure, particularly in caring for the person with burn injury from the prehospital approach to caring for a burn unit, as well as describes and reflects on the activities developed and the strategies that contributed to the acquisition of knowledge in the light of the common and specific competencies required of the nurse specialist in medical-surgical nursing.

Through a descriptive, analytical and reflexive methodology, it presents the competency profile built on a practice based on scientific evidence, and developed in reference training contexts.

It reflects the personal and professional skills, attitudes, values and behaviors intrinsic to the provision of specialized care in the medical-surgical nursing area, focusing on caring for the client with burn injury in a systemic dimension.

It concludes that the skills acquired stimulated the increase of critical-reflexive thinking in action and for action, and conclusively to the safety and quality of care provided and consequently were responsible for a specialized nursing intervention.

Keywords: Skills, care, medical-surgical nursing, specialization, client.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APT Feridas – Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

ABA – American Burn Association

ACCS – Administração Central do Sistema e Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioural pain scale

CCIH – Comissão controlo infeção hospitalar

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CROS - Comando Regional das Operações de Socorro

CRRNEU – Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência/ urgência

CV – Catéter vesical

CVC – Catéter venoso central

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – Oxigenação por membrana extracorpórea

EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica

EMIR – Equipa médica de intervenção rápida

EPSC – Enfermagem em pessoa em situação crítica

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

EUA – Estados Unidos da América

EVA – Escala Visual Analógica

EVN – Escala Visual Numérica

GCPPCIRA – Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

HDNM – Hospital Dr. Nélcio Mendonça

HQS – Health Quality Service

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBI – International Society for Burn Injury

MEMC – Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRMI – Medical Response do Major Incidents

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à metilicina

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia associada intubação

PBCI – Precauções básicas de controlo da infeção

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Clientes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

s.d. – sem data

s.p. – sem página

SEMER – Serviço Emergência Médica Regional

SESARAM,EPE – Serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRPC, IP –RAM – Serviço Regional de Proteção Civil IP-Região Autónoma da Madeira

SRS – Serviço Regional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TCE – traumatismo crânio-encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UQ – Unidade de Queimados

UQHP – Unidade e Queimados do Hospital da Prelada

UQP – Unidade de Queimados da Prelada

UTIC – Unidade Cuidados Intensivos Coronários

WHO – World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	19
1.1. A pessoa com lesão tecidular por queimadura – O foco do cuidar	24
CAPÍTULO II – PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: DA ABORDAGEM PRÉ-HOSPITALAR À UNIDADE DE QUEIMADOS	29
2.1. Um olhar do ponto de vista ético à qualidade dos cuidados	39
2.2. Da especificidade do cuidar à resposta de prevenção e controle da infecção	52
2.3. Desafios e oportunidades no cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura	67
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES.....	i
Apêndice A – Proposta de protocolo: “Cuidar do Cliente Crítico com Lesão Tecidular por Queimadura”	iii

INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão dinâmica requer uma prática diária que vá ao encontro dos desafios quotidianos de uma sociedade cada vez mais exigente e complexa, sendo fulcral uma constante evolução, que passa pela aquisição de novas competências e pela atualização dos conhecimentos/ saberes inerentes ao exercício profissional. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia na implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), sendo reconhecido como elemento chave na resposta às necessidades de cuidados das pessoas em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Neste contexto, o presente relatório de estágio, integrado no plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC) - Diário da República, 2.^a série, nº 141 de 22 de Julho - e no âmbito da Unidade Curricular Relatório, pretende evidenciar o trabalho desenvolvido durante os estágios I, II e III, bem como as competências desenvolvidas na assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, a sua reflexão e implicações éticas fundamentadas com base na evidência científica atual e pertinente.

O processo de desenvolvimento de competências na área da saúde acarreta a articulação de diferentes saberes, para a construção de uma prática profissional regulada pela aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, bem como em atitudes pessoais e relacionais (Camelo, 2013). A competência profissional é o resultado do processo de qualificação que permite “ser capaz de”, “estar capacitado para”. Esta compreende a utilização de conhecimentos, habilidades, do juízo crítico, bem como de experiências, atitudes e valores pessoais, mobilizados e utilizados em resposta a todas as situações que podem surgir no exercício da prática profissional (Gómez-Rojas, 2015). Neste sentido, atendendo à diversidade de problemáticas de saúde cada vez mais complexas e a uma cada vez maior exigência de padrões de qualidade na assistência em saúde, o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica, assume-se como uma mais-valia na implementação de cuidados seguros e de qualidade no sistema nacional de saúde (Regulamento n.º 361/2015).

O processo de aquisição de competências especializadas face ao cuidar da pessoa em situação crítica ocorreu através de uma intervenção planeada ao cliente em situação crítica e à sua família, o qual se encontra inserido numa comunidade, e atendendo aos

princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros e integrados no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Este processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista decorreu ao longo de três unidades curriculares de ensino clínico, Estágio I- Serviço Emergência Médica Regional (SEMER) e Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HDNM) - SESARAM,EPE; Estágio II- Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorrespiratórios (UCICT) do Hospital Dr. Nélio Mendonça e Estágio III- Opção- Unidade de Queimados do Hospital da Prelada (UQHP).

Este trabalho tem também por finalidade a avaliação da Unidade Curricular - Relatório, bem como a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com o artigo 15º do decreto-lei nº74/2006 de 24 de Março, e através da defesa pública do relatório.

Consciente de que o saber profissional especializado e avançado em enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática refletida, o presente relatório demonstrará o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, particularmente o cliente com lesão tecidual por queimadura, desde a abordagem pré-hospitalar, aos cuidados em unidade de queimados. Este também descreverá e refletirá as atividades desenvolvidas e as estratégias que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências no decurso dos estágios efetuados à luz das competências comuns e específicas requeridas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

A metodologia utilizada neste relatório será descritiva, analítica e reflexiva, percorrendo o desenvolvimento de competências especializadas ao longo de três unidades curriculares de ensino clínico: Urgência, Cuidados Intensivos e Opção. Permitirá narrar e descrever objetivamente as experiências vividas, as situações problemáticas encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a realização dos estágios, visando o aperfeiçoamento pessoal e profissional. Estará fundamentada na evidência científica mais recente sobre a temática, com recurso à pesquisa em bases científicas de referência (Repositório de Acesso Aberto em Portugal, Google Académico, Scielo e EBSCO HOST) e em manuais recentes.

A norma que será utilizada para citações e referências bibliográficas será a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny – APA (American Psychological Association) na sua sexta edição, expostas no documento Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalho Académicos.

O presente relatório será estruturado em dois capítulos e organizado com base nas competências especializadas, pois esta divisão possibilita o reconhecimento da consecução das estratégias implementadas na aquisição e aperfeiçoamento de competências. No primeiro capítulo será efetuado o enquadramento da temática em desenvolvimento e no capítulo II uma análise crítico-reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências especializadas, no cuidar da pessoa em situação crítica ao longo dos estágios.

Como conteúdo para a realização do relatório serão utilizados os diversos documentos elaborados no decurso dos estágios, nomeadamente os diários reflexivos, os portefólios reflexivos, o estudo de caso elaborado em contexto de cuidados intensivos e o relatório do projeto de formação em contexto de unidade de queimados.

CAPÍTULO I – CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência, profissão e disciplina, foi ao longo dos anos influenciado por diferentes maneiras de ver e compreender o mundo, estando inerentes às grandes correntes de pensamento, as quais definem os paradigmas de enfermagem (Morais, 2012). As teorias e modelos teóricos de enfermagem que foram surgindo são díspares no que se refere aos seus pressupostos e proposições específicas, porém todos eles combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua unicidade e autodeterminação, no estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro - pessoa cuidada (Pais Ribeiro, 2008 referido por Moraes, 2012). Na base de construção dos modelos e teorias em enfermagem surgem os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, os quais norteiam o conhecimento em enfermagem, constituindo-se atualmente como a base dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

As bases da Enfermagem fundadas por Florence Nightingale possibilitaram o avanço no conhecimento sobre o processo de cuidar, considerando a essência do saber e do fazer dos enfermeiros. Sendo que um dos desafios da enfermagem é conseguir oferecer ao cliente e família um atendimento de qualidade, que contemple todas as dimensões da pessoa humana, novos caminhos têm sido investigados e a essência do cuidar e a ciência de enfermagem (re)definida, procurando desenvolver estratégias que resultem numa prática profissional mais holística e personalizada (Almeida, 2011).

Nesta linha de pensamento, segundo uma das teóricas da enfermagem moderna, Afaf Meleis e a sua teoria das transições, o propósito da enfermagem é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, com vista ao seu bem-estar. Segundo esta teoria, as condições pessoais, da comunidade e da sociedade onde o indivíduo está inserido, facilitam uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados ou matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa (Meleis, 2010). A potencial instabilidade resultante dos acontecimentos ou não acontecimentos para a pessoa, de natureza desenvolvimental, situacional, organizacional e de saúde/doença, justificam a intervenção dos enfermeiros. O conceito de transição na prática de enfermagem é considerado como a passagem de um estado ou de uma condição para outro, e a ação do enfermeiro deve permitir que esta transição ocorra sem conflitos, em especial na situação de doença crítica (Meleis, 2012).

Segundo o Regulamento n.º124/2011, “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou na eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.8656). Esta experiencia processos que, pelo seu potencial de instabilidade,

reivindica uma intervenção de enfermagem especializada. Cuidar do cliente crítico pressupõe a dualidade entre salvar uma vida e respeitar os valores individuais. Respeitar a dignidade da pessoa cuidada integra o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1995).

Para Meleis (2010) o propósito da enfermagem no cuidar da pessoa em situação crítica é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, como por exemplo nos casos de acidente ou de doença aguda/crônica com vista ao seu bem-estar. Neste sentido à transição está inerente uma mudança que ocorre quer a nível individual (cliente), quer familiar, e a qual é considerada por Meleis (2010) como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar, para outro” (p.25). Este conceito remete para uma alteração no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas de vida, nas aptidões socioculturais, assim como nas habilidades de gestão das respostas humanas. Neste sentido o papel do enfermeiro é fulcral, na medida em que avalia, planeia e implementa estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição da pessoa em situação crítica e família, a fim de restabelecer a dependência e instabilidade que haviam sido geradas (Borges, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º124/2011, os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...) prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.1). Em consonância com o Regulamento n.º 361/2015, cuidar da pessoa em situação crítica impõe observação, colheita e procura constante, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o intuito de ininterruptamente conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, prevendo e detetando precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. A competência da intervenção do enfermeiro para com estes clientes, refletida no processo de enfermagem – que é a base de todos os cuidados – é alicerçada em conhecimentos científicos atuais, visando a estabilização do cliente, a prevenção de complicações e a promoção de melhores outcomes.

Ao sustentar os cuidados prestados na teoria de transições de Meleis (2010), o enfermeiro vai “penetrar” no mundo da pessoa em situação crítica, compreender a sua condição e detetar as suas necessidades, com o intuito de ajustar as estratégias promotoras da sua adaptação à situação de doença, otimizando a relação terapêutica e, reduzindo as consequências negativas que possam provir da situação de transição saúde/doença. Uma vez que a abordagem à pessoa em situação crítica pode ser uma situação potenciadora de

stress, as decisões tomadas pelo enfermeiro no processo de cuidar, têm de ser sistemáticas, objetivas, céleres e segundo uma sequência de prioridades para cada cliente (Meleis, 2010).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica quer em contexto pré-hospitalar, de urgência, de cuidados intensivos ou de unidades diferenciadas, tem a perspetiva holística como traço caracterizador e foco essencial, numa profissão de relação, que implica um conjunto de valores e crenças, inerentes ao conceito holístico do ser humano e à sua individualidade. Nos diferentes contextos de atuação perante a pessoa em situação crítica, é mandatário que a equipa multiprofissional esteja capacitada a intervir nesta área específica, garantindo a manutenção da estabilidade e da vida do indivíduo sob os seus cuidados, sendo este um requisito essencial à assistência médica e de enfermagem ininterruptas e qualificadas (Oliveira, Lima, Lacerda & Nascimento, 2009, referidos por Melo, Teixeira, Oliveira, Almeida, Veras, Frota & Studart, 2014).

Nos distintos estágios realizados no âmbito do CMEMC e indo ao encontro ao plano de estudos (Diário da República, 2.^a Série, n.º 141 de 22 de Julho), evidenciou-se a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, fomentando-se o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas.

Particularmente no que concerne à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de unidades diferenciadas, e no âmbito do estágio III – Opção, desenvolveu-se um projeto de formação orientado para uma área de interesse, inserido no desenvolvimento de competências acrescidas regulamentadas pela OE. O projeto de formação desenvolvido – Cuidar da Pessoa com Lesão Tecidular por Queimadura em Unidade de Queimados – emergiu de uma autorreflexão sobre as áreas de interesse pessoal/ motivacional e das necessidades de formação na prestação de cuidados ao cliente crítico, enquanto enfermeira de cuidados gerais com experiência profissional de onze anos, três dos quais em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI) e futura enfermeira especialista face ao cuidar da pessoa em situação crítica. Para o processo de seleção da temática também contribuiu a necessidade de fomentar a qualidade, eficácia, eficiência e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente crítico com lesão tecidular por queimadura no Serviço Medicina Intensiva (SMI) do SESARAM, EPE, onde se desempenham funções.

Com o intuito de melhor compreender a relevância e especificidade de uma intervenção especializada e diferenciada, no cuidar da pessoa com lesão tecidular por queimadura, de seguida apresenta-se uma breve contextualização teórica sobre a temática. Para tal procedeu-se à pesquisa e análise de literatura recente sobre a temática,

nomeadamente à pesquisa em bases de dados científicas (Repositório Científico de acesso Aberto de Portugal, Google Académico, Scielo- Electronic Library Online, EBSCO HOST) de artigos e documentos recentes, segundo os descritores: *burns, burn units, critical care nursing, practice guidelines, manuals and guidelines, wounds and injuries*.

1.1. A pessoa com lesão tecidular por queimadura – O foco do cuidar

A pessoa com lesão tecidular por queimadura constitui um cliente crítico e traz ao enfermeiro um grande desafio, quer a nível de vigilância e capacidade de estabilização, quer a nível da execução de cuidados específicos às queimaduras, impondo a adoção de procedimentos clínicos protocolizados e baseados na evidência e em dados de estudos realizados, para que uma intervenção especializada e diferenciada nesta área fomente melhores *outcomes* no cliente (DGS, 2015a).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), queimadura é

uma lesão tecidular caracterizada por rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos (...) com risco de choque e com risco de vida (2014, p.69).

Urden, Stacey e Lough (2013), referem que a lesão dos tecidos será determinada pela temperatura (normalmente entre 40° e 44° C) ou pela causticidade do agente da queimadura, assim como pela duração do contacto do tecido com a fonte. Os danos continuam após a fonte de calor ser retirada, e até que a pele retorne a um intervalo de temperatura normal.

O conceito de queimadura é bastante amplo, segundo Sallum e Paranhos (2010) referido por Pinho (2014) “as queimaduras graves não devem ser encaradas como lesões cutâneas, mas como trauma sistêmico, as quais produzem um grande desequilíbrio hidroeletrolítico e hemodinâmico” (p.37). A estes danos podem ainda ser associadas lesões em outros sistemas, traumas abdominais fechados, traumas de extremidades e lesões inalatórias.

A fisiopatologia das queimaduras é complexa, podendo comprometer vários sistemas e órgãos, a exemplo do rim, coração, cérebro e pulmões, originando falência multiorgânica e consequentemente altas taxas de mortalidade entre este grupo. Após o impacto imediato das lesões tecidulares por queimadura surgem as sequelas físicas e emocionais no cliente e família, as quais permanecem por toda a vida (DGS, 2015a; Júnior,

Novaes, Piccolo, & Serra, 2008 referido por Pinho, 2014; Rowley-Conwy, 2013; Urden, Stacey & Lough, 2013).

No que concerne ao processo de aceitação e adaptação do cliente à lesão tecidular por queimadura e às alterações físicas resultantes, este será árduo, motivando dificuldades de readaptação pessoal, familiar e social. As barreiras emocionais (sentimentos de medo e rejeição, sentimentos de autoconsciência, embaraço e humilhação) bem como as barreiras situacionais (questões inquisitivas, comentários desapropriados e os comportamentos de outros) e dificuldades no processo de *coping* poderão motivar uma diminuição das relações interpessoais e consequentemente levar ao isolamento social (Martin, Byrnes, McGarry, Rea & Wood, 2017).

Nos últimos anos, os avanços comprovados a nível do conhecimento, no saber fisiopatológico da resposta metabólica à queimadura, cuidados com as feridas, novas técnicas cirúrgicas e a bioengenharia da pele, demonstraram excelentes resultados no tratamento e aumento da qualidade de vida dos clientes sobreviventes a este trauma (Júnior et al., 2008 referido por Pinho, 2014). Estes avanços também contribuíram para fomentar a abordagem a estes clientes sobre uma ótica interdisciplinar, abrangendo a prevenção primária, o tratamento na fase aguda, os cuidados para limitar as sequelas funcionais e estéticas e as repercussões psicossociais (Ferreira, 2002 referido por Alves, 2013).

Atualmente a assistência aos clientes com lesão tecidular por queimadura exige estruturas de nível terciário e de alta complexidade, sendo requisito a existência de áreas físicas adequadas, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia intensiva que ofereçam resolutividade ao sistema, bem como qualidade e segurança nos cuidados prestados (Rossi, 2010 referido por Alves, 2013). A DGS (2015b) refere que a

organização dos cuidados de saúde prestados a estes clientes, bem como a definição de orientações clínicas baseadas na melhor evidência científica atualmente disponível, são fundamentais para almejar obter ganhos em saúde, com redução da mortalidade, redução das complicações, ganhos de eficiência e ganhos em qualidade de vida (p.12).

A intervenção do enfermeiro junto do cliente com lesão tecidular por queimadura, refletida no processo de enfermagem é complexa, devendo ser alicerçada em conhecimentos vastos, abrangentes e atuais, os quais devem ser reciclados na proporção do avanço das pesquisas e da tecnologia (Cintra, Nishide & Nunes, 2011 referido por Pinho, 2014). A intervenção de enfermagem impõe a adoção de procedimentos clínicos e protocolos, baseados na evidência científica mais recente, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade e morbidade, o período de internamento, as complicações, assim

como as sequelas a longo prazo, fomentando uma qualidade de vida que possibilite uma integração familiar, profissional e social satisfatória (DGS, 2015; Pinho, 2014).

A lesão tecidular por queimadura é uma importante causa de morbilidade e mortalidade mundial, particularmente entre os adultos. Segundo a *World Health Organization* (WHO) são estimadas 265 000 mortes todos os anos causadas por queimaduras, a maioria das quais ocorre nos países de baixo a médio desenvolvimento, sendo que mais de metade reporta-se ao sudoeste Asiático. As queimaduras não fatais lideram as causas de morbilidade, incluindo a hospitalização prolongada, desfiguração e a inaptidão, resultando em elevado estigma e rejeição (WHO, 2016).

A *American Burn Association* (ABA) reportou em 2015, que 486000 clientes receberam tratamento resultante de queimaduras nos Estados Unidos da América (EUA), quer em contexto de internamento hospitalar, quer em contexto de visitas aos serviços de urgência hospitalares. Com um impacto económico significativo, estas lesões são responsáveis por um gasto de mais de 18 biliões de dólares por ano nos EUA (Roth & Hughes, 2016).

Segundo Santos, Oliveira, Costa-Pereira, Amarante e Freitas (2016), em Portugal foram registadas um total de 26.447 hospitalizações por lesão tecidular por queimaduras entre 2000-2013 (média de 1889 admissões por queimadura/ ano). A taxa de hospitalização total foi de 18.9/ 100 mil habitantes/ano, com maior incidência no sexo masculino e um custo médio crescente por admissão (8032 euros em 2013). Com uma importante morbilidade, a taxa de mortalidade intra-hospitalar era à data excessivamente elevada (4,4%), não se cumprindo com os critérios de transferência dos clientes para as unidades especializadas.

Os progressos comprovados na prevenção, tratamento e recuperação de situações de lesão tecidular por queimadura são ainda exíguos quando refletimos nas repercussões desta situação patológica e na qualidade de vida dos indivíduos. A mortalidade e a morbilidade destes clientes diminui quando os cuidados são prestados em unidades especializadas e diferenciadas. O tratamento é multidisciplinar, e cada área de atuação tem extrema importância, exigindo dos profissionais de saúde conhecimento e competência (Pais, 2012; Aguiar, 2013; Rowley-Conwy, 2013). As unidades especializadas são locais de eleição para o tratamento do cliente com lesão tecidular por queimadura, independentemente da sua causa, pois os conhecimentos e habilidades dos profissionais, a uniformização dos cuidados com base na evidência científica e estudos epidemiológicos, a par da estrutura física e ambiental, concorrem para a prestação de cuidados seguros e de

qualidade, otimizando a relação custo-benefício e promovendo melhores *outcomes* no cliente (Roth & Hughes, 2016).

Ao longo desta contextualização e com base na análise dos dados estatísticos, dados epidemiológicos e resultados de estudos de investigação, procurou-se corroborar que a pessoa com lesão tecidular por queimadura insere-se na classificação de cliente crítico, destacando a contribuição efetiva de uma prática especializada e diferenciada no cuidar nesta área.

**CAPÍTULO II – PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS: DA ABORDAGEM PRÉ-HOSPITALAR À UNIDADE
DE QUEIMADOS**

A qualidade da formação acadêmica e da prática profissional em todo o mundo enfrenta atualmente vários desafios: o nível de habilidade alcançado pelos profissionais, os rápidos avanços na informação e no conhecimento, a explosão de novas tecnologias, a globalização e transformação dos contextos socioculturais e políticos e mudanças na organização e distribuição de serviços de saúde (Martínez, Calixto, & Socarrás, 2015).

A especificidade e singularidade das organizações de saúde tem-se destacado por uma assistência que atenda às necessidades de respostas individuais e complexas dos clientes, estando esta inerente ao aumento da criticidade das situações de saúde, a par de uma crescente exigência de padrões de qualidade nesta área. É assim requerido aos profissionais, particularmente aos enfermeiros, o desenvolvimento de novos saberes, habilidades e competências, contribuindo para a transformação da sua identidade profissional e do seu processo de trabalho (Camelo, 2012).

Todas estas transformações e crescentes exigências contribuíram para que presentemente o enfermeiro especialista seja reconhecido como um elemento chave na resposta às necessidades de cuidados seguros e de qualidade das pessoas, particularmente nas em situação crítica. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, Art.º 4º, o enfermeiro especialista é o profissional

habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade (1996, p.3).

Ao enfermeiro especialista, e segundo o Regulamento n.º 122/2011, é requerido um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, atendendo às respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, revelando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, os quais se expressam num conjunto de competências especializadas referentes a uma área de intervenção. O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, e além da área de especialidade estes compartilham um grupo de domínios, designado por competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Segundo o mesmo regulamento, o perfil de competências do enfermeiro especialista inclui ainda um grupo de domínios específicos a cada especialidade, designado de competências específicas, que são decorrentes das “ (...) respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área” (p.3).

A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes legitimam a relevância de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, constituindo esta uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, bem como, a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil compõem o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com o Regulamento n.º124/2011.

O percurso de construção de competências profissionais na área da saúde, particularmente na enfermagem, acarreta a articulação de diferentes saberes, para a construção de uma prática profissional regulada pela aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, quer em atitudes pessoais e relacionais, visando através da edificação de um projeto comum a modificação da realidade em saúde (Leonello & Oliveira, 2007 referido por Camelo & Angerami, 2013).

A competência profissional é o resultado do processo de qualificação que permite “ser capaz de”, “estar capacitado para”. Esta compreende a utilização de conhecimentos, habilidades, do juízo crítico, bem como de experiências, atitudes e valores pessoais, os quais são mobilizados e utilizados em resposta a todas as situações que podem surgir no exercício da prática profissional, sendo expressas pelo saber ser, pelo saber fazer e pelo (*Know-how*) saber saber (Gómez-Rojas, 2015; Martínez et al., 2015). Segundo Paiva (2008) referido por Camelo e Angerami (2013) a competência profissional é definida como “ (...) uma mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva, de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas, de maneira a gerar resultados reconhecidos individualmente ou coletivamente” (p.556). A competência não se restringe ao saber-fazer, a esta está intrínseca a utilização criteriosa e habitual da comunicação, o conhecimento, as habilidades técnicas, o raciocínio clínico, as emoções, os valores e principalmente a capacidade de refletir sobre a prática diária em benefício individual e do alvo dos cuidados (Gómez-Rojas, 2015; Camelo & Angerami, 2013).

As competências profissionais são constituídas por três elementos ou recursos comuns, nomeadamente o conhecimento (saber adquirido pelo profissional), as habilidades (o saber específico do profissional) e as atitudes (saber agir, julgar, escolher e decidir). Estas devem ainda incluir experiências e qualidades pessoais, as quais são usadas efetiva e adequadamente em resposta às circunstâncias da prática profissional. Um profissional

competente " é aquele que evidencia qualidade no seu desempenho, que proporciona qualidade aos clientes com os quais interage (...). O desempenho competente é a face visível da competência" (Alarcão & Rua, 2005 referido por Camelo & Angerami, 2013, p.557).

Nesta ordem de ideias considera-se que "ser competente" implica saber o que fazer em cada situação concreta. Mas saber o que fazer em cada situação concreta também pressupõe uma compreensão e um juízo sobre a situação, assim como uma intencionalidade na ação.

Relativamente à formação dos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, a construção de competência implica a articulação entre diferentes saberes visando a construção de uma prática profissional pautada quer pela aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, quer em atitudes pessoais e relacionais, visando através da edificação de um projeto comum a modificação da realidade em saúde (Leonello & Oliveira, 2007 referido por Camelo & Angerami, 2013).

O processo de aquisição de competências e práticas comuns estão socialmente incluídos no ensino de Enfermagem, na sua prática e tradição. Este pode ser analisado à luz das teorias de Enfermagem. Neste sentido, o modelo de aquisição das competências de Dreyfus, adotado por Benner aos cuidados de Enfermagem, e apresentado no seu livro *From Novice To Expert* (1976), assenta em cinco patamares de competências: o principiante; o principiante avançado, competente, proficiente e perito. Os cinco níveis de competência são descrições do conhecimento prático do enfermeiro relativo a cada estadio. A sua teoria orienta o profissional para a procura dos problemas e para a antecipação das necessidades de cuidados. O conhecimento contido na prática descobre e interpreta, precede e amplia, sintetiza e adapta a teoria à prática dos cuidados de Enfermagem (Brykczynski, 2004).

A essência do exercício profissional dos enfermeiros na atualidade e os caminhos da sua formação ganham sentido, se perspectivados numa lógica de interseção disciplinada de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais. Nesta ordem de ideias, o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências no cuidar da pessoa em situação crítica e família, da abordagem pré-hospitalar até à abordagem em unidade de queimados, teve por base os saberes e competências adquiridos previamente e experiencialmente no decurso de onze anos de prática clínica como enfermeira de cuidados gerais. Este percurso se revitalizou com a aprendizagem e desenvolvimento de saberes ao longo das unidades curriculares teóricas do CMEMEC da ESESJC e em particular com o ensino clínico (Urgência, Cuidados Intensivos e Opção) ministrado.

A efetivação do processo de desenvolvimento de competências ocorreu através da componente prática (estágios) e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, no sentido em que a experiência é a base e a condição para a aprendizagem, mas para que esta seja formadora, ela tem de ser refletida, reconstruída, conscientizada. Como estratégias de aprendizagem utilizou-se a observação, a ação, a interrogação e reflexão, bem como a pesquisa, análise e elaboração de diversos documentos (estudo de casos, diários e portefólios reflexivos, entre outros).

Os ensinamentos clínicos surgem como componentes relevantes no processo de formação e desenvolvimento de competências, pois implicam um processo de construção do saber profissional, saber situacionalmente contextualizado e pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares, bem como a saberes experienciais transmitidos pelos profissionais orientadores no decurso da prática.

Como objetivos transversais a todos os estágios realizados, definiu-se o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica e família, bem como o desenvolvimento de aptidões de análise crítico-reflexiva dos problemas da prática profissional como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Os serviços de urgência são segundo o Despacho Normativo 11/2002 “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica” (s.p.). A elevada afluência, diversidade de situações clínicas, distintos níveis de prioridade e uma população predominantemente envelhecida, determinam que os serviços de urgência sejam espaços de intervenção clínica crítica e complexos, exigindo profissionais com uma formação estruturada, qualificados, competentes e resilientes (Tomás, 2011). Quanto à intervenção do enfermeiro no pré-hospitalar, verifica-se que esta ocorre frequentemente em cenário de grande carga emocional e num ambiente que não é totalmente controlável, traduzindo-se normalmente em cenários de grande exigência. A necessidade de aliar a eficácia, à segurança e à rapidez exigem do enfermeiro uma prática fundamentada na evidência e alicerçada num adequado domínio de todas as suas competências (Dantas, 2011).

No que concerne à intervenção do Enfermeiro na atuação pré-hospitalar, a Ordem dos Enfermeiros refere que só este

pode assegurar os cuidados de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar (2007, p.1).

O estágio I – Urgência, abrangeu um total de 250 horas, das quais 140 horas foram de contacto e 110 horas de tempo individual do estudante. Indo de encontro ao projeto de estágio elaborado, este decorreu em duas etapas: no Serviço Regional de Emergência Médica (SEMER), onde se acompanhou os Enfermeiros da Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) na assistência pré-hospitalar à pessoa em situação crítica/emergente (21h de observação participante) e no Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça (109 horas) na prestação de cuidados ao cliente em situação crítica/ urgente, entre 11 de Abril e 13 de Maio de 2016.

A EMIR surgiu em 1999, com o intuito de dar resposta a uma necessidade da população da Região Autónoma da Madeira (RAM), constituindo o meio operacional do SEMER e desde então cobre todas as necessidades de socorro avançado. O SEMER é uma unidade orgânica de carácter permanente e com competências abrangentes no âmbito do socorro regional. De acordo com a Portaria n.º 69/2013, de entre as várias funções do SEMER destacam-se a elaboração de protocolos/normas na área da emergência pré-hospitalar, coordenação dos pedidos de socorro, articulação com os serviços de urgência dos centros de saúde, o acompanhamento de clientes críticos para fora da Região Autónoma da Madeira (RAM) sempre que solicitado pelo SESARAM, E.P.E. O SEMER como organismo que tutela o pré-hospitalar tem uma relação estabelecida com o SU do HDNM alicerçada numa via de comunicação fixa e digital que envolve a Proteção Civil, e que possibilita uma resposta organizada e planificada na abordagem do socorro, e a continuidade da resposta com segurança e qualidade. Segundo os últimos dados oficiais disponibilizados pelo Serviço Regional de Proteção Civil, IP – RAM (2016), entre Janeiro e Setembro de 2016 registaram-se na RAM 24635 ocorrências de emergência pré-hospitalar (média de 67,5 ocorrências/dia), dessas 620 originaram acionamento da EMIR (média de 1,7 acionamentos/dia) e 1642 acompanhamento pela EMIR e/ou Comando Regional das Operações de Socorro (média 4,5 acompanhamentos/dia).

O Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça constitui a resposta final do Serviço Regional de Saúde (SRS), no que concerne à prestação de cuidados urgentes e emergentes, estando articulado com os centros de saúde com urgência do SESARAM, EPE. Tem por objetivo a prestação de cuidados de urgência a todo o indivíduo que deles careça, garantindo o melhor atendimento possível, respeitando a diferenciação técnica e celeridades exigidas, privilegiando também a privacidade e o direito à dignidade do cliente (SESARAM,EPE, 2012). Este caracteriza-se por ser um serviço multidisciplinar e multiprofissional, que tem por missão a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes segundo o protocolo de triagem de prioridades de Manchester integrado na

Rede Nacional de Emergências Médicas. Esta é a principal porta de acesso dos clientes aos serviços de saúde, e de acordo com os últimos dados disponibilizados pela Direção Regional de Estatística da Madeira (2016) no ano de 2015 foram atendidas 135,8 mil clientes (média de 370 clientes/dia), 84,9 % por motivo de doença e 13,2 % por lesões resultantes de acidentes. Os aspetos e critérios mencionados precedentemente contribuíram para a seleção da EMIR e SU do HDNM como contextos de aprendizagem e desenvolvimento de competências inerentes ao estágio I. Assim, atendendo às particularidades da intervenção do enfermeiro em contexto de pré-hospitalar e de urgência, definiram-se como objetivos específicos para o estágio I – Urgência:

- Desenvolver competências nos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados, das aprendizagens profissionais e da melhoria da qualidade em contexto do pré-hospitalar e serviço de urgência;
- Desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto do pré-hospitalar e serviço de urgência;
- Desenvolver competências especializadas na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em contexto da urgência;
- Desenvolver competências especializadas para a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima em contexto da urgência.

As unidades de cuidados intensivos refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, em contexto multidisciplinar, e com uma relação harmoniosa entre os recursos humanos, tecnológicos, farmacológicos e arquitetónicos (Martínez, Calixto e Socarrás, 2015). Uma dimensão essencial e básica dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto específico de cuidados intensivos, é o facto de os enfermeiros serem capazes de colocar o foco do cuidado nas necessidades específicas de cada cliente crítico, mas unificando a dimensão tecnológica e holística no processo de cuidados (Sá, Botelho e Henriques, 2015).

O estágio II- Cuidados Intensivos, contemplou um total de 250 horas, das quais 140 horas foram de contacto e 110 horas de tempo individual do estudante. Tendo-se por foco o cuidar do cliente crítico em cuidados intensivos, particularmente o cliente com lesão tecidular por queimadura, mas uma vez que profissionalmente exerço funções no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HDNM, realizou-se o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorrespiratórios (UCICT), entre 31 de Maio e 25 de Junho de 2016. Elegeu-se a UCICT para realização do estágio pelo facto do cliente submetido a cirurgia

cardiorádica, pela sua especificidade, constituir-se como um desafio no percurso profissional, a par de ser uma unidade diferenciada na abordagem ao cliente crítico cardíaco. Reconhece-se que a aquisição de competências nesta área específica constituirá uma mais-valia na prática profissional futura.

A Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorádicos faz parte do Serviço de Cardiorádica do HDNM e situa-se no 3º piso. Caracteriza-se pela admissão de clientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardiorádica e clientes críticos com disfunção cardiovascular e respiratória, apesar desta última ser menos frequente. Tem por missão garantir a melhor resposta possível a todos os clientes do foro cardiorádico da RAM e de acordo com a política institucional do SESARAM,EPE. As principais cirurgias realizadas são a cirurgia de revascularização miocárdica, a cirurgia valvular, a cirurgia dos defeitos congénitos, a cirurgia da aorta, a cirurgia pulmonar oncológica, a cirurgia torádica benigna, a cirurgia traqueoesofágica e a cirurgia após trauma cardiorádico (SESARAM, EPE, 2016).

De acordo com os dados estatísticos fornecidos pela UCICT em 2016 admitiram-se na unidade 144 clientes submetidos a cirurgia cardiorádica, com uma média de 12 clientes/ mês, 78,5% por cirurgia programada e 21,5 % por cirurgia urgente/emergente. Dos 113 clientes submetidos a cirurgia cardiorádica programada, 60,2% em resultado de patologia valvular e 32.7% em resultado de patologia coronária. Com base nestes dados estatísticos denota-se a relevância do cuidar competente e especializado nesta área.

Para o estágio em contexto de UCICT, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica em cuidados intensivos cardiorádicos;
- Desenvolver competências especializadas na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica em cuidados intensivos cardiorádicos;
- Desenvolver competências nos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados, das aprendizagens profissionais e melhoria da qualidade em contexto de cuidados intensivos.

As unidades de queimados destacam-se pela utilização de técnicas avançadas de diagnóstico e de procedimentos técnicos de alta complexidade, os quais são decisivos na recuperação dos clientes, sendo a prestação de cuidados realizada por profissionais

competentes técnica e cientificamente, com apoio de equipamentos sofisticados e com base em protocolos específicos para cada área de atuação (Camelo, 2012).

O estágio III – Opção, decorreu na Unidade de Queimados do Hospital da Prelada (UQHP), Porto, entre os dias 3 de Outubro e 4 de Novembro de 2016, num total de 375 horas, das quais 210 horas de contacto e 165 horas de tempo individual do estudante. O estágio estabeleceu-se como a operacionalização do projeto de formação planeado, inserindo-se no desenvolvimento das competências acrescidas regulamentadas pela OE.

A UQHP, habitualmente designada por Unidade de Queimados da Prelada (UQP) está inserida no Hospital da Prelada – Dr. Domingos Braga da Cruz, que é uma das unidades operacionais da Misericórdia do Porto, dotada de operacionalidade administrativa e financeira. É constituída por várias áreas de prestação de cuidados, articuladas entre si de modo a garantirem uma boa prestação de cuidados aos clientes com lesão tecidular por queimadura, indo de encontro às recomendações da DGS (Norma 024/2012). Segundo os dados estatísticos fornecidos pelo Diretor da UQP, o Dr. Maia, em 2016 foram admitidos 91 clientes com lesão tecidular por queimadura, numa média 7,6 clientes/mês, correspondendo a uma nova admissão de 4/4 dias.

Na eleição da UQHP para desenvolvimento do projeto de formação inerente ao estágio III, tiveram-se como critérios o facto de esta ser uma unidade reconhecida nacionalmente e que se evidencia pela qualidade, excelência e inovação dos cuidados prestados ao cliente com lesão tecidular por queimadura, que otimiza os recursos da comunidade e participa na investigação e no ensino pós-graduado. Definiu-se como objetivo específico para o estágio o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica em unidade de queimados.

Após o enquadramento sobre o processo de desenvolvimento de competências em saúde e inerente ao ensino clínico do CMEMC da ESESJC, procede-se à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e as estratégias utilizadas que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências, à luz das competências comuns e específicas requeridas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

2.1. Um olhar do ponto de vista ético à qualidade dos cuidados

Uma prática competente caracteriza-se por padrões éticos, morais e legais, os quais resultam dos conhecimentos, capacidades e habilidades que se desenvolvem através da experiência profissional e da formação, e que concorrem para a gestão e qualidade dos cuidados prestados (Nunes, 2013). Esta perceção de prática competente está em consonância com o perfil de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, regulamentado pela OE, ao referir-se que no exercício profissional especializado as competências estão inerentes a uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, tendo como suporte efetivo a formação, a investigação e a assessoria (OE, 2010).

Para prestarem-se cuidados especializados, seguros, holísticos, profissionais, éticos e que respeitem os direitos humanos é necessário possuir-se aptidões que possibilitem a sua gestão e promovam a sua qualidade, com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Neste sentido, e considerando-se que as competências comuns são indissociáveis ao longo dos ensinamentos clínicos realizados ao adquirirem-se competências num dos domínios efetivamente desenvolveram-se competências nos restantes domínios.

Desde a formação base (licenciatura) e ao longo do percurso profissional, a prática de cuidados sempre regulou-se pelo código deontológico, pelo regulamento do exercício profissional (decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro), pelo perfil de competências e pelos referenciais de qualidade (padrões de qualidade), porém é enquanto especialista que estes regulamentos mais se relevam.

O saber, o reconhecimento e a implementação do código deontológico do enfermeiro, consagrado no estatuto da ordem dos enfermeiros, é essencial para uma prática de excelência, não só por ser uma obrigação legal, mas sobretudo pela sua relevância na salvaguarda do respeito pela dignidade humana, um valor fundamental constitucional (Oliveira, 2013). Segundo Oliveira (2013) a dignidade da pessoa humana e o direito à vida (consagrado no artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa) são valores indissociáveis, sendo que a primeira é o vetor de valorização de todos os direitos fundamentais, inclusive da vida, estando estreitamente ligada aos conceitos de autonomia e de vontade da pessoa. Segundo a Lei n.º 156/201, o enfermeiro, no respeito do direito à vida assume o dever de atribuir a esta igual valor, respeitar a integridade bio - psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, bem como participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a sua qualidade.

Na prática de cuidados procurou-se defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana, bem como a do profissional, respeitando-se os deveres deontológicos, e assumindo-se a responsabilidade pelos atos realizados, quer pessoalmente quer em colaboração com outros profissionais. Procurou-se esclarecer os clientes (salvo quando alteração do estado de consciência) e família sobre os cuidados de enfermagem a prestar, respeitando-se, defendendo-se e promovendo-se o direito da pessoa ao consentimento informado (norma 015/2013), ao qual considera-se estar inerente o direito de autonomia e à autodeterminação. Machado e Mogo (2015) referem que o consentimento só pode ser considerado informado, esclarecido e livre, após a adequada exposição pelo profissional de saúde sobre as opções de tratamento, a natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas aos seus riscos e benefícios. Ao refletir-se nesta temática, consolidou-se que o consentimento informado é mais do que informar o cliente e família, passa por averiguar/ validar se a informação e esclarecimentos prestados foram assimilados. Nas situações em que os clientes apresentavam alteração de consciência e na impossibilidade de estabelecimento de comunicação, sobrepôs-se o princípio da beneficência e da não-maleficência (consentimento presumido) considerando-se sempre o bem maior para estes.

O código deontológico dos enfermeiros, salvaguardado pela Lei n.º 156/2015, como instrumento legal e vinculativo de todos os profissionais assente em princípios éticos, deontológicos e bioéticos, é impreterível no que concerne à responsabilidade profissional. A responsabilidade profissional refletiu-se na prática de cuidados, ao executarem-se cuidados com segurança, ao informar-se o cliente e família no que respeita aos cuidados de enfermagem, ao atender-se com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo cliente em matéria de cuidados de enfermagem, assim como ao reconhecerem-se alguns limites de competências aquando da execução de alguns cuidados, questionando-se os enfermeiros orientadores e as equipas sempre que surgiam dúvidas, bem como pela assiduidade, pontualidade e assertividade.

O enfermeiro tem a obrigação no âmbito do seu exercício profissional de adotar uma conduta responsável e ética atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Lei n.º 156/2015). Considera-se que na relação profissional durante os ensinamentos clínicos preservaram-se os princípios orientadores da prática profissional e os valores universais, que residem na igualdade, na liberdade responsável, na verdade e na justiça, no altruísmo e na solidariedade, e ainda, na competência e aperfeiçoamento profissional. Julga-se que os atos profissionais têm uma dimensão ética na

medida em que o enfermeiro tem de possuir competência para executá-los, e à competência está inerente o aperfeiçoamento profissional.

É a formação ética e deontológica sólida que permite ao enfermeiro compreender a amplitude da questão da privacidade e da confidencialidade e do seu respeito durante a prestação de cuidados. Segundo Soares e Dall'Agnol (2011) o respeito pela privacidade das informações do cliente dependerá do esforço e da dedicação consciente dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Durante os diferentes contextos de ensino clínico fomentou-se a importância da privacidade do cliente em questões como a confidencialidade de informação escrita (registos de enfermagem) e oral adquirida (na relação enfermeiro-cliente-família), o sigilo-profissional, o respeito e proteção da intimidade do cliente e família, o respeito pelo pudor e a salvaguarda da intimidade. No estágio de urgência apesar da frequente sobrelotação das diferentes áreas de prestação de cuidados devido ao elevado afluxo de clientes, e da oportunidade e rapidez de uma intervenção neste contexto o poderem fazer descurar, tudo fez-se no sentido de se garantir a privacidade dos clientes durante a prática.

Atendendo à responsabilidade profissional, à fragilidade da pessoa em situação crítica e à preocupação com a manutenção da sua dignidade durante a prestação de cuidados, considera-se que a capacidade crítico-reflexiva sobre situações decorrentes da prática, dilemas éticos, inquietações, atitudes e comportamentos adotados durante o cuidar (reflexão na ação e sobre a ação) constituiu uma ferramenta chave no desenvolvimento de competências especializadas. Através do desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva promoveu-se a tomada de decisão em enfermagem, facilitando-se a identificação das necessidades do cliente e família, e identificando-se as medidas adequadas a serem adotadas para atendê-las. A tomada de decisão baseou-se em valores éticos, em conhecimentos e na experiência, ocorrendo em todas as situações da prática profissional, mesmo nas que resultaram de uma prescrição médica, a exemplo da gestão protocolada de terapêutica vasoativa no cliente crítico (a qual teve maior relevo em contexto de UCICT e UQP).

Verificou-se em contexto pré-hospitalar que os profissionais confrontam-se com problemas e dilemas éticos que exigem uma reflexão sobre a sua prática e uma tomada de decisão. Em situações de emergência em contexto pré-hospitalar, as pessoas encontram-se em situação de grande vulnerabilidade, e muitas das vezes sem condições de expressar a sua vontade, pelo que nestas situações o princípio da autonomia pode ser difícil de aplicar. Verificou-se que um dos principais desafios dos profissionais de saúde neste contexto face

a estas situações é encontrarem um equilíbrio entre o princípio da beneficência e não-maleficência, sem descuidar o princípio da justiça.

Não se pode falar de qualidade dos cuidados de enfermagem, sem falar de qualidade em saúde. Segundo Saturno et al. (1990) referido por Plano Nacional de Saúde (2015) a qualidade em saúde define-se como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (p.16), acarretando uma adequação dos cuidados de saúde às carências e expectativas do cidadão e um desempenho exequível. Considera-se nesta perspetiva que melhorar a qualidade em saúde representa prestar-se diariamente cuidados efetivos, seguros e atempados, para uma prestação de cuidados justa e que satisfaça e corresponda às necessidades e expectativas dos cidadãos.

Atualmente a conquista e certificação da qualidade, segurança e eficiência, bem como de melhoria dos cuidados de saúde fazem parte dos desígnios estratégicos das instituições de saúde, constatando-se esta realidade nas instituições de saúde onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos. O HDNM do SESARAM, EPE onde realizaram-se os ensinamentos clínicos de Urgência e Cuidados Intensivos, está atualmente num programa de certificação da sua qualidade com base no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (Modelo ACSA INTERNATIONAL), definido como modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Sistema de Saúde Português pela DGS. A par deste programa de certificação de qualidade, o HDNM integra o programa nacional “STOP Infecção Hospitalar” que é dinamizado na instituição pelo Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), visando-se em três anos a redução em 50% da incidência das infeções hospitalares. A UCICT, a par de outras nove unidades de saúde do SESARAM, EPE está desde Janeiro de 2017 acreditada pelo Departamento de Qualidade da Direção Geral de Saúde com a certificação da qualidade de nível bom.

A UQHP onde decorreu o estágio de opção tem a acreditação total em qualidade desde Fevereiro de 2007, concebida pelo Organismo Internacional de Acreditação, o Health Quality Service (HQS), atual Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS).

Em associação à certificação de qualidade, as instituições de saúde referidas precedentemente assumem o plano nacional para a segurança dos clientes 2015-2020 (despacho n.º 1400-A/2015), que visa através de ações transversais como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação, e de ações orientadas a problemas singulares, melhorar de forma integrada e ininterruptamente a prestação de cuidados de saúde seguros a todos os níveis, visando a melhoria da qualidade do SNS.

O controlo da qualidade da assistência é fundamentado em avaliações sistematizadas do cuidado, utilizando-se indicadores que demonstrem a sua evolução ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos (Tareco, 2015). Evidencia-se na literatura a utilização de indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem com base na tríade proposta por Avedis Donabedian e desenvolvida em meados dos anos 60 para a avaliação da qualidade em saúde, reconhecendo-se três dimensões nos cuidados: a estrutura, o processo e os resultados (Caldana, Gabriel, Rocha, Bernandes, Francolin e Costa, 2013). Considera-se que os mais utilizados são os associados à estrutura e ao processo, ou seja, os que se relacionam com os cuidados diretos ao cliente. Segundo Donabedian (2003) referido por Costa-Dias (2014) “a garantia da qualidade visa todas as ações tomadas para estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (p.40).” Portanto, a qualidade em saúde está dependente das intervenções dirigidas a resultados, ou seja do resultado final da assistência prestada.

Constatou-se no decurso dos ensinamentos clínicos que os objetivos dos serviços (indicadores de resultados) de saúde (SU, UCICT e UQP) são a recuperação/ reabilitação dos clientes, a mudança de comportamento, a readaptação funcional, e como objetivo fundamental a satisfação dos clientes. Julga-se que a satisfação dos clientes ocupa um lugar importante na avaliação do serviço, sendo também indispensável para a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados, assim como na reorganização dos serviços de saúde. Segundo Oliveira (2016) índices de satisfação elevados dependem das características do prestador de cuidados, do serviço ou da organização e estão relacionados com uma boa comunicação, empatia e cuidados individualizados. Segundo o estudo Satisfação dos Utentes com a Experiência Hospitalar, existe uma elevada satisfação dos clientes com os cuidados que lhes são prestados a nível hospitalar, estando estes, na sua globalidade, satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços nos quais estiveram internados (Oliveira, 2016).

Atendendo a que a qualidade da saúde depende também das intervenções dirigidas à estrutura de prestação de cuidados (indicadores de estrutura) considera-se que recursos físicos, humanos e materiais, bem como equipamentos adequados são fatores importantes a considerar na prática de cuidados. Verificou-se no decurso dos ensinamentos clínicos que é fulcral o ajuste destes recursos às necessidades de cuidados, pois baixos recursos acarretam a diminuição da qualidade e da segurança. Esta organização de recursos está dependente de um adequado conhecimento da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados nas respetivas instituições de saúde.

Em termos globais verificou-se em todos os contextos de ensino clínico os recursos físicos à prestação de cuidados estavam de acordo com as recomendações, quer da Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência/ urgência (CRRNEU) para o SU do HDNM e SEMER, quer de acordo com a Administração Central do Sistema e Saúde (ACCS) e DGS para a UCICT do HDNM e UQHP. Porém, no que concerne ao SU do HDNM verificou-se que apesar da estrutura física estar de acordo com as recomendações as áreas de prestação de cuidados são inadequadas ao fluxo diário de clientes, colocando em risco a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Em termos de recursos humanos devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam a sua adequação às reais necessidades de cuidados. De acordo com o Regulamento 533/2014, a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos são aspetos essenciais para a obtenção de índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. Verificou-se na prática, e indo de encontro ao narrado no regulamento nº 533/2014, que o cálculo de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por cliente ou tempos médios em determinados procedimentos, considerando-se que a definição de um rácio apropriado deve considerar aspetos como a competência profissional, a arquitetura da instituição, a formação e a investigação a realizar. Verificou-se por exemplo em contexto de UCICT que o rácio enfermeiro/cliente (2/3) era adequado e de acordo com o correspondente nível de cuidados II. Porém na UQP e apesar de ser uma unidade de nível II o rácio enfermeiro/cliente era inferior ao recomendado (4/6), pondo em risco a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A problemática da escassez de enfermeiros para atender às necessidades de cuidados e às dotações seguras, desafiam a mobilização de aptidões de gestão, quer pelos enfermeiros chefes, quer pelos chefes de equipa, tal como constatou-se na prática.

No que concerne aos recursos materiais constatou-se que a sua adequada reposição e gestão durante os cuidados contribui para a sua permanente disponibilidade, enquanto a sua escassez pode ter como implicação a interrupção da assistência ao cliente e um impacto negativo na qualidade dos cuidados. Verificou-se também que os enfermeiros gestores têm a responsabilidade de garantir a qualidade e disponibilidade de material indispensável à prática de cuidados, solicitando a sua reposição de acordo com os níveis de *stock* dos serviços. Reconhece-se que a importância da gestão de equipamentos médicos tem vindo a crescer nos serviços de saúde, quer devido ao aumento da sua diversidade, quer devido à sua grande evolução tecnológica, pelo que a sua disponibilidade e adequado desempenho repercute-se na qualidade dos cuidados prestados e na qualidade dos serviços de saúde. O processo de gestão de materiais e equipamentos e a forma como é

desenvolvido tem influência significativa na prática de cuidados, porém só quando ocorre algum evento negativo (qualidade ou quantidade insuficiente de materiais, falta de manutenção preventiva de equipamentos) é que o processo se torna perceptível e é valorizado pelos profissionais envolvidos, sendo esta uma das áreas de maior atenção dos gestores de enfermagem dos serviços (Garcia, Haddad, Dellanza, Costa e Miranda, 2012).

De facto, a qualidade assume atualmente uma relevância incontornável na saúde e consequentemente na prestação dos cuidados de enfermagem. Segundo os padrões de qualidade dos cuidados da OE (Regulamento n.º 361/2015), e indo de encontro ao estatuto dos enfermeiros (Lei n.º 156/2015), a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e a aplicação de métodos de organização dos cuidados de enfermagem incrementadores da qualidade, viabilizam a contribuição do enfermeiro para a maximização da eficácia na organização dos cuidados. Segundo o Regulamento n.º 361/2015, no que concerne à intervenção especializada no cuidar da pessoa em situação crítica, e na procura da excelência no exercício profissional procura-se obter os mais altos níveis de satisfação do cliente e família, promover a saúde, prevenir complicações, maximizar o bem-estar e autocuidado, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, assim como assegurar a maximização da eficácia na organização dos cuidados especializados e na prevenção e controlo da infeção associada.

Ao enfermeiro especialista é também exigida capacidade de gestão dos cuidados prestados, através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e da articulação com a equipa multidisciplinar, adaptando a sua liderança e a gestão de recursos em função de cada situação e contexto, com o objetivo máximo da promoção da qualidade dos cuidados. Neste sentido, reconheceu-se nos diferentes contextos de estágio que a par da prestação de cuidados ao cliente crítico e família, o enfermeiro especialista é geralmente o responsável designado pelo enfermeiro-chefe para dar continuidade à sua ação e promover a gestão e qualidade dos cuidados na sua ausência.

Foi com Florence Nightingale que a avaliação da qualidade dos cuidados no exercício profissional do enfermeiro teve início, ao medir-se os resultados alcançados pelos clientes (Tareco, 2015). Considera-se que a qualidade não deve ser vista como uma obrigação mas sim como um dever e um direito para com os clientes, pois esta fomenta a valorização dos cuidados prestados e consequentemente da profissão de enfermagem. Esta é indubitavelmente influenciada pela formação profissional, pelo que o enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia na implementação de cuidados de qualidade. Ao desenvolver-se um conjunto de

conhecimentos no cuidar do cliente crítico, que acompanhem os progressos científicos e tecnológicos, ao gerir-se os cuidados prestados, ao desenvolver-se o senso crítico-reflexivo e atender-se aos aspetos da subjetividade, da ética, da solidariedade e do respeito na prática diária, promovem-se cuidados de qualidade.

Uma prática baseada na evidência sustenta as opções terapêuticas e os cuidados de enfermagem, credibilizando o profissional ao mesmo tempo que garante ao cliente o acesso a cuidados de qualidade. São inúmeros os aspetos da prática diária que concorrem para a qualidade dos cuidados prestados, os quais estão em consonância com os critérios de qualidade para a prática de cuidados definidos pelas instituições onde se desenvolveram os ensinos clínicos, e as normas e regulamentos do sistema nacional de saúde (plano nacional de saúde e plano nacional da segurança dos clientes) e que são na sua maioria dos casos alvo de auditoria interna. Neste sentido, procurou-se no decurso dos ensinos clínicos atender à correta identificação dos clientes, à aplicação de princípios de garantia da segurança na administração de substâncias terapêuticas a exemplo da sua identificação; à adoção de medidas e procedimentos preventivos da infeção, a exemplo da correta higienização das mãos e da utilização e gestão de medidas de proteção individual e ambiental, e de acordo com as normas das comissões hospitalares de prevenção da infeção; à gestão dos ruídos nas unidades/ serviços; à avaliação do risco de queda e do risco de úlcera por pressão como indicadores sensíveis aos cuidados e dois dos objetivos estratégicos do plano nacional para a segurança dos clientes 2015-2020; à avaliação e controlo da dor, entre outros.

As úlceras por pressão como problema recorrente em Portugal estabelecem-se como um indicador sensível aos cuidados de enfermagem prestados. Segundo a DGS (2011) cerca de 95% das úlceras por pressão são possíveis de prevenir através da avaliação precoce do grau de risco. Uma vez que o conhecimento da etiologia e dos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento suportam o planeamento e implementação de medidas visando a sua prevenção e tratamento, utilizou-se nos diferentes contextos de ensino clínico a Escala de Braden na avaliação do risco de úlcera por pressão e geriu-se os cuidados prestados atendendo ao risco avaliado, a exemplo do aumento da frequência dos posicionamentos do cliente.

As quedas como outro dos indicadores de qualidade, e um importante problema de saúde pública, impõem a adoção e gestão de medidas promotoras de ambientes seguros e de normas que visem a sua prevenção. Ocorre um défice de qualidade e segurança dos cuidados quando o cliente apresenta uma queda com lesão, sem avaliação prévia do risco de queda. Pelo que, ao monitorizar-se o risco de queda e executar-se as respetivas ações

preventivas, tais como avaliação correta do risco com a escala de quedas de Morse e implementação de ações adequadas e dirigidas a este, contribui-se para diminuir as consequências e controlar o fenómeno (Costa-Dias, 2014). No decurso dos estágios promoveu-se a avaliação do risco de quedas a todos os clientes com atividade motora, não se aplicando a escala aos clientes em coma, sedados ou sem atividade motora, devido à sua impossibilidade funcional de cair.

No âmbito da intervenção do enfermeiro, considera-se que a padronização de procedimentos definidos em normas, guidelines e/ou protocolos, com base nos princípios éticos e legais da profissão, os preceitos da prática baseada na evidência, bem como as normas e regulamentos do sistema nacional de saúde e da instituição onde está a ser utilizado constitui-se como uma mais-valia no desenvolvimento de uma prática de qualidade, segura e homogénea. Os protocolos na prática permitem a padronização dos cuidados prestados e conseguinte uma maior segurança, fomentando-se a qualificação na tomada de decisão assistencial, facilitando-se a incorporação de novas tecnologias e da inovação no cuidar, a racionalização dos recursos, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (Pimenta, Pastana, Sichieri, Gonçalves, Gomes, Sollha & Souza, 2014). No decurso dos ensinamentos clínicos consultou-se normas, protocolos e guidelines vigentes nos diferentes serviços, os quais foram fulcrais para uma adequada gestão e eficiência dos cuidados prestados, minimizando o risco do erro e salvaguardando a sua segurança e qualidade. Em contexto de SU destaca-se a importância das vias-verdes como estratégia organizada para a avaliação, encaminhamento e tratamento adequado e em tempo útil dos clientes com situações clínicas específicas (trauma, acidente vascular cerebral (AVC), doença coronária, sepsis), promovendo a redução de complicações e da mortalidade que lhes está associada. Estas constituem o melhor exemplo de como a existência de protocolos de atuação poderá condicionar ganhos em saúde, sensíveis ao cumprimento adequado dos mesmos.

Em contexto de UCICT constatou-se que apesar de a prática de enfermagem ser regida pelos protocolos da instituição no que concerne à prevenção e controlo da infeção e qualidade dos cuidados, relativamente aos procedimentos específicos de atuação face ao cliente crítico cardiotorácico não existiam protocolos definidos e validados. Estes protocolos estavam apenas presentes empiricamente na prestação de cuidados diários, verificando-se um risco acrescido de discrepâncias de atuação pelos profissionais, bem como de ocorrência de erros. Alertou-se a equipa para esta situação, e incentivou-se a efetivação dos protocolos/normas como instrumentos sistematizados, que fomentam uma

adequada gestão dos cuidados prestados, assim como a qualidade, regulação e salvaguarda da prática.

Intrínseco à padronização dos cuidados, as metodologias de trabalho constituem um fator relevante de qualidade, correlacionando-se com uma adequada gestão dos cuidados a prestar ao longo dos turnos. Verificou-se em contexto de UQP que o método de trabalho funcional, à tarefa, era o elegido em resultado da elevada carga de trabalho decorrente da prestação de cuidados ao cliente com lesão tecidular por queimadura, a qual se encontrava condensada no turno da manhã, pois potenciava a execução de várias intervenções num curto período. Fomentou-se a reflexão e a tomada de decisão em equipa no que concerne à implementação do método de enfermeiro responsável/ associado, expondo-se que a adoção desta metodologia em detrimento do método à tarefa, favorece a relação enfermeiro/cliente, facilita a implementação do processo de enfermagem, a melhoria e qualidade dos registos, traduzindo-se em maior segurança nos cuidados prestados e maior satisfação dos clientes e profissionais. Em contrapartida, constatou-se que em contexto do exercício pré-hospitalar a metodologia mais adequada é a metodologia em equipa, em que um dos dois elementos que compõe a equipa de emergência assume a liderança, o *team leader*, pois esta é uma área em que cooperação é fulcral, estando implícita uma tomada de decisão partilhada e visando-se os melhores resultados, a exemplo do retorno da circulação numa paragem cardiorrespiratória.

A comunicação é um pilar fundamental à segurança do cliente, em especial aquando da deslocação de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como as mudanças de turno, as transferências e alta, sendo utilizados procedimentos padronizados que assegurem uma comunicação precisa e atempada de informação e a continuidade dos cuidados, tais como a carta de alta, a passagem de turno e os registos de enfermagem, e que concorrem para a qualidade dos cuidados prestados.

A prestação de cuidados seguros e fidedignos só é possível com base num modelo de informação que consinta o acesso controlado a dados relevantes da saúde dos clientes, independentemente do local e origem da prestação. A criação dos sistemas de informação surgem nesse contexto e como forma de gestão da informação produzida, visando uma prática clínica competente (Azevedo & Sousa, 2012).

Segundo Azevedo e Sousa (2012) Portugal está entre os países da União Europeia que mais utiliza os sistemas de registos eletrónicos, sobretudo na implementação do processo de enfermagem segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). Constatou-se no âmbito dos ensinamentos clínicos a existência de plataformas de partilha de informação de enfermagem de uso exclusivo das instituições

onde foram criados, que possibilitam o acesso a informação permanentemente atualizada, auxiliando na planificação e execução dos cuidados. Considera-se que o processo clínico eletrónico ao estar sempre disponível permite um maior controlo do processo do cliente, fomenta a individualização e a continuidade dos cuidados prestados e consequentemente a sua qualidade.

O processo de enfermagem reflete a intervenção do enfermeiro, constituindo a base dos cuidados de enfermagem prestados, e estando intrínseco ao processo de tomada de decisão. A identificação das áreas de atenção relevantes, a formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE e a planificação de objetivos e de intervenções visando o atingir desses objetivos, permite ao enfermeiro fomentar a gestão dos cuidados a prestar, melhorando o processo de cuidados.

A efetivação do processo de enfermagem segundo a terminologia padronizada CIPE é utilizada em todos os serviços do HDNM, SESARAM, EPE, inclusivamente no SU, estando os diagnósticos e as intervenções de enfermagem parametrizadas de acordo com as características dos clientes e patologias características dos vários serviços. Na UQP à data do estágio não era utilizada a CIPE, porém estava previsto o início de um processo de uniformização e maximização do potencial dos registos eletrónicos com a CIPE como referencial de linguagem, a partir de dezembro de 2016. Os objetivos definidos por este programa centravam-se na melhoria contínua da qualidade, na produção automática de indicadores e no desenvolvimento da investigação. Logo, e fruto de um processo de reflexão e análise sobre os focos de intervenção de enfermagem mais relevantes na prestação de cuidados ao cliente com lesão tecidular por queimadura segundo a terminologia CIPE, elaborou-se um documento de apoio e consulta, que teve um feedback positivo da equipa e contribuiu para despertá-la para a relevância da CIPE na prática dos enfermeiros.

Ao prestarem-se cuidados pretende-se que estes sejam de qualidade, porém considera-se essencial a análise crítica e reflexão diária sobre a prática, pois ao reavaliar-se os comportamentos adotados face às inúmeras responsabilidades confiadas, assim como face ao conjunto de valores e motivações, busca-se a excelência profissional.

Tem-se referenciado que a constante evolução observada a nível tecnológico na área da saúde, e a surpreendente produção sistemática de novas evidências exigem um constante acompanhamento dos novos conhecimentos e um aprimorar de competências, pois apenas desta forma é possível prestarem-se cuidados atuais, seguros e competentes.

Ao enfermeiro especialista, enquanto cuidador de excelência, e indo de encontro ao regulamento de competências, requer-se que tenha presente a necessidade de

desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática em sólidos e válidos padrões de conhecimento, visando a estabilização do cliente, a prevenção de complicações e promovendo melhores *outcomes*. Uma intervenção sistemática e rigorosa conduz a uma resposta individualizada do cliente, em que *fazer com*, *estar com* e *ser com*, são atitudes dominantes, que possibilitam que a pessoa cuidada seja o centro dos cuidados prestados (Watson, 2002, referido por Almeida, 2011).

Considera-se que a prática e experiência profissional adquiridas no decurso de onze anos, três dos quais na prestação de cuidados ao cliente crítico em contexto de UCI, forneceram conhecimentos e aptidões que constituíram a base deste percurso de aquisição de competências especializadas. Assim, no decurso dos ensinamentos clínicos experienciou-se algumas situações em que aplicou-se as competências e saberes consolidados profissionalmente, porém em muitas outras sentiu-se a necessidade de aprender, pesquisar e atualizar conhecimentos de forma a assegurar uma prática segura, de qualidade e coadjuvante do desenvolvimento profissional e pessoal.

No decurso do estágio em UCICT identificou-se algumas limitações na abordagem ao cliente submetido a cirurgia Cardiorácica (a exemplo da gestão de terapêutica específica como a nitroglicerina, complicações mais frequentes), em contexto de UQ relativamente a alguns cuidados específicos (a exemplo da “sedação consciente”) ao cliente com lesão tecidual por queimadura, pelo que consultou-se protocolos, normas, pesquisou-se, atualizou-se conhecimentos, e sobretudo analisou-se criticamente e refletidamente a prática diária. Rentabilizou-se todas as oportunidades de aprendizagem, a exemplo da colaboração na prestação de cuidados a clientes em choque cardiogénico e com instabilidade cardíaca internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UTIC), uma vez que esta partilha o mesmo espaço físico da UCICT.

As condicionantes económicas atuais, o défice de recursos humanos nos serviços, o desgaste e a desmotivação dos enfermeiros pelo excesso de tempo que permanecem nos serviços, colocam em risco a formação em serviço, pelo que o enfermeiro especialista enquanto gestor dos cuidados tem um papel decisivo nesta nova realidade em saúde. É pois necessário encontrar alternativas que fomentem a formação em contexto laboral, uma vez que esta é imprescindível ao desenvolvimento de competências profissionais e à qualidade dos cuidados prestados (Rego, 2015).

O contexto laboral constitui-se como o principal foco de formação para os enfermeiros, pois é nele que grande parte dos conhecimentos cognitivos adquiridos são interiorizados e aprofundados. Segundo Menoita (2011) referido por Rego (2015) a formação em serviço

ganha uma nova dimensão formativa não só porque permite uma interação entre todos os atores do sistema, como também com o próprio contexto de trabalho, podendo induzir transformações individuais, coletivas e sistêmicas, numa perspectiva de ecotransformação de todos os elementos construtivos do sistema (p.44).

Considera-se fulcral a envolvimento de todos os enfermeiros, na consciencialização e reconhecimento da necessidade de mais e melhor conhecimento na área da saúde, estando este salvaguardado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015), e sendo a formação em serviço potenciadora deste conhecimento, procurou-se promovê-la no decurso das práticas clínicas. Assim, nos diferentes serviços onde decorreram as práticas clínicas, fomentou-se importantes momentos de reflexão com os respetivos enfermeiros orientadores e restantes elementos das equipas de enfermagem, promovendo-se o intercâmbio saudável de ideias e experiências. Neste contexto, e apesar da intervenção pré-hospitalar ao cliente com lesão tecidular por queimadura ser uma realidade pouco frequente na RAM, durante o período em que decorreu o estágio no SEMER, a EMIR deu assistência a um grande queimado, tendo os elementos da equipa referido défice de conhecimentos sobre as recomendações/ protocolos de abordagem a este cliente crítico. Aproveitou-se a oportunidade e promoveu-se a reflexão, o debate e a partilha de saberes com a equipa relativamente a esta temática (Norma 023/2012), o que constitui uma mais-valia no processo de desenvolvimento de competências nesta área.

A formação em serviço tem por intuito contextualizar os saberes teóricos na resolução de problemas reais que surgem na prática do enfermeiro (Menoita, 2011 referido por Rego, 2015). Portanto, perante algumas necessidades formativas diagnosticadas no decurso do estágio na UCICT, e indo de encontro a uma carência referida pela equipa, e como forma de rentabilização de todas as oportunidades de aprendizagem, realizou-se a formação “Cuidar do cliente em unidade de cuidados intensivos”, com adesão de grande parte da equipa e com feedback positivo.

Em contexto de SU identificou-se a necessidade de uniformização de procedimentos na abordagem ao cliente crítico sob ventilação mecânica, tendo-se realizado um plano de cuidados diários para o cliente intubado, em consonância com os cuidados prestados na UCIP do HDNM e atendendo à evidência mais recente nesta área (consulta de protocolos, normas, bibliografia específica e estudos recentes na área). Este plano orientador na prestação de cuidados ao cliente intubado, após aprovação pelo enfermeiro chefe foi apresentado e discutido informalmente e sempre que oportuno com a equipa de enfermagem. A sua apresentação formal ocorreu na sessão formativa “Planificação/ Registo dos cuidados de enfermagem diários ao cliente intubado”, com a adesão e

participação de todos os elementos da equipa onde decorreu o estágio, constituindo um importante momento de partilha de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

A par da conceção deste plano, criou-se e organizou-se uma capa com protocolos/normas/ procedimentos e evidência mais recente na abordagem ao cliente crítico, com ênfase no cliente intubado, por se ter detetado a desatualização dos protocolos existentes no SU nesta área, a qual foi verificada e aprovada pelo enfermeiro chefe, constituindo um importante recurso de apoio à prática diária.

No decurso de 2016 e de forma a complementar-se o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências especializadas inerentes ao CMEMC, participou-se no Seminário “Cuidar para a Viabilidade Tecidular”, no Workshop “Terapia por vácuo”, nas VII Jornadas Nacionais de Medicina Intensiva, com a comunicação livre em póster “Cuidados de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica”, no congresso da APTFeridas e realizou-se o curso de pós-graduação em Medical Response to Major Incidents (MRMI).

Ao longo deste subcapítulo procurou-se clarificar o percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista através de uma análise crítico-reflexiva, aludindo-se a algumas das atividades desenvolvidas que contribuíram para o efetivar deste percurso. Porém e sendo as competências decorrentes das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que diferenciam o campo de intervenção do enfermeiro, passa-se à análise do percurso de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

2.2. Da especificidade do cuidar à resposta de prevenção e controle da infeção

No contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica exige-se que o enfermeiro especialista possua um conjunto de competências específicas que considere as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que este seja um profissional com uma capacidade crítico-reflexiva, capaz de mobilizar conhecimentos e de tomar decisões eficazes e de forma fundamentada, cuidando da pessoa como um ser único, nas suas dimensões biopsicossociais, de forma holística e com elevado nível de qualidade.

As competências especializadas legam valor à prática por um processo de legitimação do cuidado de enfermagem através de ações terapêuticas, em que o enfermeiro utiliza no processo de decisão o raciocínio crítico (inclusive em situação de incerteza),

mobilizando a decisão clínica através da intencionalidade contextualizada das terapêuticas de enfermagem, numa harmonia entre intervenções interdependentes e independentes (Rodrigues, 2014).

No que concerne à intervenção especializada à pessoa em situação crítica e na procura da excelência no exercício profissional, procurou-se ao longo dos estágios realizados obter os mais altos níveis de satisfação do cliente e família, promover a saúde, prevenir complicações, maximizar o bem-estar e autocuidado, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, assim como maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, em consonância com o Regulamento n.º 361/2015. Para tal, focou-se a prática clínica na prestação de cuidados; no conhecimento, compreensão e gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos e da dor; na assistência à pessoa e família nas suas perturbações emocionais, gerindo a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica; no cumprimento das normas de prevenção e controle da infeção, e sobretudo no desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo para e na ação.

O percurso de desenvolvimento de competências no cuidar do cliente crítico iniciou-se em contexto pré-hospitalar por considerar-se fulcral o reconhecimento e compreensão dos papéis do enfermeiro na abordagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica neste contexto, assim como por entender-se importante ao desenvolvimento de competências, a apreensão do percurso de cuidados ao cliente desde o pré-hospitalar até à abordagem em unidade especializada, a exemplo da UCI. Este percurso decorreu ainda em contexto de SU, onde cuidou-se da pessoa em situação urgente e emergente e em contexto de UCICT, onde cuidou-se da pessoa em situação específica, nomeadamente no pós-operatório de cirurgia cardiotorácica (revascularização da artéria coronária e substituição de válvula cardíaca), embora reconhecendo-se que a prática profissional em cuidados intensivos polivalente consente uma intervenção mais abrangente ao doente crítico, inclusive ao com lesão tecidular por queimadura (os quais permanecem até 48h na unidade). Este percurso culminou no cuidar da pessoa com lesão tecidular por queimadura em UQ.

Em contexto pré-hospitalar experienciou-se e colaborou-se na prestação de cuidados ao cliente urgente/emergente (politrauma, traumatismo crânio-encefálico - TCE, PCR) numa diversidade de espaços físicos, uma vez que o campo de intervenção do enfermeiro neste contexto situa-se numa latitude não controlada, onde estão presentes variadas condições adversas, quer a nível de recursos (muitas das vezes inexistentes ou desadaptados) segurança, exposição profissional e condições climatéricas. Constatou-se

que a organização, prontidão e competência da intervenção de cada um dos elementos da equipa face a cada uma das situações vivenciadas, advêm dos seus conhecimentos técnico-científicos avançados, estando em consonância com os resultados do estudo realizado por Gehlen e Lima (2013). Apesar de reconhecer-se as diferenças de cada um dos intervenientes da EMIR na assistência pré-hospitalar (médico, enfermeiro) em função da formação técnica, e a hierarquização em função do saber, constatou-se que esses elementos não são determinantes na intervenção pré-hospitalar. Reconhece-se que o essencial é o profissional fundamentar a sua tomada de decisão em conhecimentos e competências sólidas, e saber trabalhar em equipa, pois testemunhou-se na prática que estes aspetos determinam a eficácia da intervenção neste contexto.

Certificou-se que a atuação da equipa de emergência pré-hospitalar é norteada por protocolos, especificamente desenvolvidos para cada situação de emergência, otimizando a conduta e a intervenção dos profissionais. Neste sentido, analisou-se e cooperou-se na aplicação de protocolos específicos, nomeadamente no que concerne à abordagem à vítima de politrauma, à vítima de TCE e a ativação das vias verdes (via verde coronária). Advogase que na prática a relação estabelecida entre a equipa de intervenção pré-hospitalar e o acesso às vias verdes, melhora a rapidez de referenciação de situações emergentes, tornando mais célere o acesso a uma resposta diferenciada e equitativa, aumentando a eficiência na distribuição de recursos e harmonizando a relação estabelecida com o serviço de urgência, estando em consonância com o Modelo integrado de emergência pré-hospitalar (OE, 2012).

Analisando-se os requisitos e critérios que compõem o Modelo integrado de emergência pré-hospitalar, conclui-se que a organização e resposta a situações de emergência pré-hospitalar pela EMIR, quer pela sua centralidade no cidadão, quer pela eficiência, equidade, segurança e continuidade dos cuidados prestados, está em consonância com este modelo (OE, 2012).

Em contexto de SU e através da metodologia do processo de enfermagem, prestou-se cuidados a clientes acometidos por variadas condições (PCR, clientes do foro cirúrgico, insuficiência cardíaca e respiratória, entre outros), compreendeu-se a complexidade e dinâmica da intervenção de enfermagem neste contexto e o percurso do cliente desde a sua admissão até à alta/internamento. Interveio-se em momentos de imprevisibilidade, priorizando-se as intervenções de manutenção e recuperação da vida, principalmente nas situações de PCR e em situações de criticidade elevada resultantes da ativação das vias verdes (sepsis, trauma, AVC e coronária).

Reconhece-se que, particularmente nas situações de imprevisibilidade, a organização e competência da equipa contribuiu para a celeridade de intervenção, contribuindo para a prevenção de complicações e de sequelas no cliente, assim como diminuindo a morbilidade e mortalidade (Castro, 2013; Gehlen & Lima, 2013).

Colaborou-se na aplicação do sistema de triagem de Manchester, incrementando-se a capacidade observacional, a tomada de decisão e a definição de prioridades de atendimento. Julga-se que este constitui um instrumento sensível na identificação de prioridades de emergência, através da estratificação dos clientes de acordo com o grau de risco, permitindo uma intervenção atempada e fomentando melhores *outcomes* (Norma 002/2015, 2015; Teixeira, Oselame e Neves, 2014). Reconhece-se neste contexto, que na assistência ao cliente e na resolução de problemas, a tomada de decisão e o julgamento clínico são habilidades essenciais, e em aliança com o conhecimento avançado edificam-se como grandes desafios dos enfermeiros na prática especializada (Gehlen & Lima, 2013).

Admite-se que a intervenção sistematizada torna-se ainda mais relevante considerando-se a instabilidade do cliente em situação urgente/emergente, direcionando as ações de enfermagem e incitando um cuidar adequado e eficiente. Defende-se ser importante a existência de protocolos de triagem (a exemplo do Sistema de triagem de prioridades de Manchester) assim como de protocolos de atuação clínica (a exemplo das vias verdes) no atendimento do cliente urgente/emergente em contexto de SU, pois constatou-se na prática que estes melhoram a assistência, o nível de efetividade, a eficiência e satisfação.

Comprovou-se que a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de UCICT no pós-operatório imediato de cirurgia cardiotorácica (revascularização do miocárdio-bypass e cirurgia valvular) requer que o enfermeiro possua competência na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, bem como para uma intervenção rigorosa, sistemática e eficiente, fomentando *outcomes* positivos para o cliente.

Na intervenção de enfermagem para com estes clientes teve-se como principais focos o *status* cardiovascular, o status neurológico (despiste de alterações neurológicas), o status respiratório, a suscetibilidade à infeção, o volume de líquidos e a dor, uma vez que considera-se que são as áreas que necessitam de maior atenção do enfermeiro atendendo às respostas ao processo fisiopatológico, ao tratamento instituído e visando-se a prevenção de complicações (a exemplo da hemorragia, disritmias, infeção, entre outras), uma evolução clínica favorável e a recuperação da cirurgia (CIPE, 2014; Urden et al., 2013; Morton & Fontaine, 2013).

Teve-se a oportunidade de colaborar na efetivação do transporte intra-hospitalar do cliente desde o bloco operatório à sua receção na UCICT, o qual constatou-se que está de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e da Ordem dos Médicos (2008) no que concerne à coordenação do transporte, profissionais que acompanham, equipamentos e monitorização. Administrou-se e geriu-se protocolos terapêuticos complexos, tais como o suporte hemodinâmico (gestão de vasodilatadores e de aminas), ventilatório (desmame ventilatório e extubação no pós-operatório imediato), oxigenação por membrana extracorpórea / suporte de vida extracorpóreo (ECMO – gestão e manutenção de circuitos extracorporais, monitorização do sistema hemostático, entre outros).

No culminar do percurso de desenvolvimento de competências, e no âmbito do estágio na UQP, prestou-se cuidados ao cliente com lesão tecidular por queimadura desde a admissão, nomeadamente na fase de ressuscitação (desde o trauma até 48h) e fase aguda (após 3 dias a meses), até à sua transferência/alta. Apreendeu-se a dinâmica e essência dos cuidados prestados nestas distintas fases de intervenção e constatou-se que os critérios de admissão de clientes são os definidos pela DGS na norma n.º 022/2012. Beneficiou-se ainda da oportunidade de prestar cuidados a clientes com necrólise epidérmica tóxica (síndrome de Lyell), uma vez que devido ao grande risco infeccioso e necessidade de tratamento intensivo o seu internamento em UQ é recomendado segundo a Norma n.º 022/2012. Constatou-se que o *stress* e o trauma emocional consequentes ao acidente e à alteração da autoimagem são os principais reflexos da lesão tecidular por queimadura, tendo um grande impacto na vida familiar e no desempenho dos clientes.

Visando a promoção da adaptação ao processo de transição saúde-doença de que o cliente com lesão tecidular por queimadura e a família são alvos, estabeleceram-se como áreas foco de aprendizagem e de prestação de cuidados especializados, a admissão, estabilização hemodinâmica e volémica; a reabilitação precoce / promoção da readaptação funcional; os cuidados à lesão tecidular; o controlo da dor e promoção do bem-estar; a prevenção, reconhecimento e controlo de complicações e co-morbilidades (a exemplo da hipertermia); o apoio emocional e o apoio à família, e a promoção da reintegração social e qualidade de vida atendendo ao défice residual.

Na UQP a uniformização do cuidar é potenciada através da utilização de protocolos e normas específicos na abordagem a estes clientes, os quais verificou-se estarem atualizados, de acordo com a evidência e segundo as recomendações da DGS (Norma n.º 022/2012) e da International Society for Burn Injury (2016). Após aprofundar-se conhecimentos através da sua consulta e análise, geriu-se a sua administração na

prestação de cuidados, nomeadamente o protocolo de admissão do cliente grave, de cuidados específicos do penso, ao cliente com zona dadora de pele, ao cliente submetido a enxerto e balneoterapia.

A especificidade da prestação de cuidados ao cliente crítico nos diferentes contextos de ensino clínico, especificamente na gestão da dor, requer que o enfermeiro possua competências e conhecimento técnico-científicos que lhe permitam entender a complexidade de alterações fisiopatológicas, psicológicas e bioquímicas apresentadas, sendo este o primeiro passo para o sucesso na sua gestão terapêutica. A dor tem um grande impacto no bem-estar da pessoa em situação crítica, pelo que considera-se fulcral a sua identificação precoce, monitorização, e tratamento através do uso de escalas e indicadores de monitorização adequados, que permitam a identificação da sua intensidade e a avaliação da eficácia das intervenções implementadas (medidas farmacológicas ou não farmacológicas), sendo indubitavelmente uma das competências requeridas no cuidar do cliente crítico (Soares, Matin, Arruda, Marcon & Barreto, 2017; Teixeira e Durão, 2016). Considera-se que a dor como quinto sinal vital, e apesar da subjetividade que lhe está inerente (dor é aquilo que o cliente refere) não deve ser descurada, sendo imperativo o delinear de estratégias para a sua prevenção e controle nos clientes alvo dos cuidados, contribuindo-se para o seu bem-estar. O controlo da dor é um direito do cliente, constituindo-se como um dos princípios orientadores e objetivo geral do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013a).

Em contexto de SU constatou-se que sendo a dor é um dos sintomas mais referidos pelos clientes em situação de urgência/emergência, a sua avaliação é um fator determinante na priorização da emergência segundo o sistema de triagem de Manchester. Comprovou-se em contexto de UCICT que esta é um dos sintomas mais referidos pelo cliente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, estando relacionada com a incisão cirúrgica, as náuseas e o longo período na cama, como comprovado pelo estudo “Stress factors for patients undergoing cardiac surgery” (Gois, Aguillar, Santos e Rodriguez, 2012). Porém, a monitorização diferenciada da dor e o seu controlo constituiu-se como um desafio em contexto de UQ, especificamente no que concerne ao reconhecimento e gestão da dor no cliente com lesão tecidular por queimadura. A dor no cliente com lesão tecidular por queimadura é uma dor por excesso de nociceção, denominando-se fisiologicamente pela noção de hiperalgia (periférica e central), uma vez que um estímulo habitualmente não doloroso torna-se doloroso nestes clientes (Latarjet, 2012). Logo na prestação de cuidados a estes clientes procurou-se diferenciar a dor contínua (a exemplo da dor em repouso completo e resultante da queimadura) da dor dos atos terapêuticos (dor resultante dos

tratamentos locais, a exemplo da limpeza, balneoterapia e fisioterapia) pois sendo diferentes, a sua avaliação e tratamento efetuou-se em separado. Neste sentido, considera-se crucial atender à dor contínua após um cuidado local doloroso, e reconhecer-se que a analgesia para realização de um penso será dificultada se o tratamento da dor contínua não for adequado.

A dor como fenômeno subjetivo, requer o uso de instrumentos padronizados, apesar de alguns estudos referidos por Soares, Matin, Arruda, Marcon e Barreto (2017) demonstrarem a escassez de padronização dos instrumentos de avaliação da dor, originando inconsistência no conhecimento do perfil algico do cliente com dor aguda, bem como no conhecimento dos fatores associados à sua ocorrência e permanência. Ao longo dos ensinamentos clínicos a escala mais utilizada na avaliação e monitorização da dor do cliente crítico quando presente a capacidade para reconhecer e relatar a dor verbalmente, e de acordo com as recomendações da sociedade portuguesa de cuidados intensivos (2016) para a avaliação da dor do cliente crítico, foi a escala visual numérica (EVN), apesar de em alguns contextos também utilizar-se a escala visual analógica (EVA). Nos clientes despertos mas que a comunicação era ineficaz utilizou-se a escala das faces e nos clientes sedoanalgesiadados (em contexto de UCICT e UQP) utilizou-se a escala comportamental Behavioural pain scale (BPS). Segundo a revisão integrativa realizada por Teixeira e Durão a BPS é a escala amplamente mais utilizada na avaliação da dor no cliente ventilado em cuidados intensivos (2016).

Como medidas de gestão e controlo da dor dos clientes alvo de cuidados e visando-se a maximização do seu bem-estar, administrou-se fármacos de acordo com a prescrição médica (sendo os mais frequentes os opioídes, o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides) e os protocolos instituídos (principalmente na UCIT e UQP). Em associação à gestão de terapêutica farmacológica promoveu-se a aplicação de medidas não farmacológicas, como a massagem, o relaxamento pela distração (imaginação guiada) e musicoterapia, conferindo-se a sua eficácia principalmente na dor resultante dos cuidados locais.

Apreendeu-se que as chaves do êxito do tratamento da dor no cliente crítico são a identificação precoce, monitorização, e tratamento através do uso de escalas e indicadores de monitorização adequados, a utilização de protocolos flexíveis que permitam ajustar rapidamente os tratamentos farmacológico de gestão e combate da dor, a promoção das medidas não farmacológicas de combate à dor, assim como atender-se ao estado psicológico do cliente valorizando quando este refere dor.

O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e /ou falência orgânica implica o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que favoreçam a assistência ao cliente e família nas perturbações emocionais (ansiedade, depressão, medo, negação, entre outras) decorrentes da situação crítica, através da gestão da comunicação e da relação terapêutica.

A família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, sendo este um fator expressivo no cuidado da saúde e bem-estar dos seus membros. Em serviços com pessoas em situação crítica, particularmente na UCICT e UQP, os cuidados de enfermagem habitualmente são vistos associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a finitude da vida é uma probabilidade, gerando ansiedade, no cliente, na família e nos enfermeiros que aí desempenham funções (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011 referidos por Sá, Botelho & Henriques, 2015). Considera-se que a família deve ser considerada, pela equipa multidisciplinar, como uma continuidade da pessoa cliente, a qual carece de cuidados que diminuam a panóplia de perturbações emocionais vivenciadas (a exemplo da ansiedade, medo, desconforto, insegurança), ficando assim apta a prover um suporte adequado ao seu familiar.

É através da comunicação com a família e o cliente, nomeadamente a harmonização entre a comunicação verbal e não-verbal, que é estabelecida uma relação terapêutica eficiente e promotora da humanização e qualidade dos cuidados que são prestados. A comunicação eficaz edifica-se como a base e o fundamento da relação entre o cliente, a família e os enfermeiros, constituindo o principal mecanismo de partilha de experiências, de sentimentos e de perceções, bem como de esclarecimento, de interação e de conhecimento, pelo que esta deve ser honesta mas também portadora de esperança (Borges, 2015). Habitualmente é a ausência de informação clara sobre o diagnóstico e prognóstico do cliente que gera situações de discórdia com a família principalmente quando a informação fornecida pelo enfermeiro é insuficiente ou contraditória à da equipa médica (Engström & Söderberg, 2005 referidos por Sá et al., 2015).

Em contexto pré-hospitalar e uma vez que o cliente e seus familiares não possuem o tempo adequado e necessário à adaptação à crise gerada pela situação ocorrida, constatou-se ser fulcral o estabelecimento duma comunicação efetiva entre o cliente, os familiares e os profissionais de saúde. Verificou-se neste contexto que a necessidade de uma intervenção rápida, competente e eficaz leva a que muitas vezes a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica com os familiares seja relegada para segundo plano, apesar da elevada carga emocional que lhe está envolta, geradora de *stress* e

fomentadora de reações de medo, negação, desespero e algumas vezes inclusive agressividade.

Em contexto de SU constatou-se que os familiares frequentemente evidenciam instabilidade emocional, manifestada por ansiedade extrema, medo e insegurança, sendo esta na maioria das vezes resultante da incerteza quanto à evolução clínica do seu familiar. Sá, Botelho e Henriques (2015) referem que o contexto de urgência e emergência conferem ao cuidado de enfermagem à família, características únicas, exigindo conhecimentos e habilidades próprias que lhe permitam ultrapassar os desafios emergentes da prática. É fulcral para a intervenção de enfermagem o reconhecimento de que a ida ao SU com um familiar, poderá ser uma das situações mais stressantes vivenciadas pela família, exigindo-lhes a mobilização de recursos até então incógnitos (Sá et al., 2015).

Em contexto de unidade de cuidados intensivos, como a UCICT e UQP, e atendendo às conotações negativas inerentes ao internamento nestas unidades, aliada à elevada gravidade do cliente, reconheceu-se que a situação crítica tem um elevado impacto nos familiares, através da expressão de emoções fortes como o choque, a negação, o desespero, a culpa e o medo. Sobretudo nestes contextos, constatou-se que as situações em que há risco de vida são vivenciadas de forma única pelo cliente e família, pois estando habitualmente o cliente inconsciente este só compreende a gravidade da situação já na fase de recuperação, sendo nesta fase que a intervenção do enfermeiro se releva. Os familiares vivenciam emocionalmente e com grande intensidade todas as alterações no cliente, carecendo desde o início do internamento de uma intervenção mais estrita, o que vai ao encontro dos resultados do estudo realizado por Sá et al. (2015). Comprovou-se que apesar destas unidades terem um sistema de visitas restritas, com maior relevo na UQP, em que apenas é permitida uma visita diária presencial ao cliente, a equipa multidisciplinar procura minimizar o impacto emocional da situação crítica para com a família. Os familiares revelaram-se acolhidos, compreendidos e confiantes na equipa de enfermagem e médica. Os enfermeiros têm indubitavelmente um papel importante na escuta, no diálogo, nos esclarecimentos e nos desabafos diários dos clientes e famílias que vivenciam uma fase de transição.

Procurou-se ao longo da prática nos diferentes contextos mobilizar conhecimentos, capacidades e habilidades, atendendo-se às necessidades evidenciadas pelo cliente e família, de forma eficiente e em tempo útil, e refletindo-se sempre ao campo de ação do enfermeiro. De forma a compreender-se a gestão emocional do cliente e família, as repercussões do internamento e o confronto com o risco de morte, teve-se como foco de

intervenção o acolhimento à família e o seu acompanhamento durante o período de visita, tendo-se relevado esta área em contexto de UQP.

Demonstrou-se disponibilidade, escutaram-se preocupações e forneceram-se informações promotoras da integração do cliente e família no processo terapêutico, favorecendo o estabelecimento de uma relação terapêutica com base nos princípios da relação de ajuda (confiança, respeito pelas crenças, entre outros) e através de um diálogo aberto, direto e honesto. Segundo González, Sánchez e Morales (2016) estas intervenções originam tranquilidade e segurança no cliente e na família, tornando o internamento menos stressante, melhorando o bem-estar psicológico de ambos e consequentemente favorecendo a recuperação.

Sempre que se verificou um agravamento ou alteração da situação clínica de um cliente (transmissão de más notícias), adotou-se uma atitude empática, e procurou-se utilizar os princípios do protocolo de Buckman, informando e esclarecendo e apoiando o cliente (quando consciente) e a família, fomentando-se a sua satisfação e bem-estar. Atuou-se como mediadora com o médico assistente, solicitando-lhe em algumas situações o diálogo/ fornecimento de informações ao cliente e família. Algumas vezes sentiu-se dificuldade na gestão de informação franca sobre o estado crítico do cliente, mantendo-se concomitantemente a esperança nos familiares, sendo esta complexidade também referida por Söderström, Benzein e Saveman (2003) referido por Sá et al. (2015).

Focou-se sempre no decurso da prática clínica, o dever do enfermeiro em informar o cliente e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, atendendo-se com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação realizado pelo cliente em matéria de cuidados de enfermagem, e em consonância com o código deontológico de enfermagem (artigo n.º 84), visando-se os mais elevados níveis de satisfação do cliente, e a maximização do seu bem-estar. Vivenciou-se que o internamento em UCICT e UQP acarreta grandes repercussões no cliente e família, sendo a base do estabelecimento e gestão da relação terapêutica uma comunicação interpessoal desenvolvida. Pelo que se concorda com Borges (2015), quando este refere que a comunicação no âmbito da saúde deve ser terapêutica, uma vez que esta objetiva o cuidado e promove a autoconfiança, o respeito, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia pela pessoa cuidada.

Inerente ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente e família, está a autonomia na tomada de decisão pelo enfermeiro. Ao longo da prática comprovou-se que é um pensamento crítico-reflexivo desenvolvido, que promove a decisão clínica, facilitando a identificação das necessidades do cliente e família, e quais as melhores

medidas a serem tomadas para atendê-las. A tomada de decisão em enfermagem é baseada em valores éticos, em conhecimentos e na experiência, ocorrendo em todas as situações da prática profissional, mesmo nas que resultam de uma prescrição médica, pelo que considera-se fulcral o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo. A reflexão permite clarificar dúvidas, partilhar novas formas de olhar o problema, colocar novas hipóteses e orientar a ação, facilitando a tomada de decisão através do reconhecimento e consciencialização das capacidades e saberes e pela valorização das competências.

Face às múltiplas circunstâncias de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, cuidar do cliente crítico implica atender ao elevado risco de infeção a que este está sujeito, adotando-se estratégias para a sua prevenção e controlo, estando em consonância com o Regulamento n.º 124/2011. Nem todas as infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, porém uma parte significativa pode ser prevenida através do envolvimento dos profissionais de saúde na adoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção. Reconhece-se que atualmente e apesar da qualificação dos profissionais e da evidência científica, ainda é um desafio a identificação das medidas que resultem na adesão dos profissionais às práticas recomendadas.

A infeção nosocomial ou infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é um problema globalizado e um dos maiores riscos a que os clientes estão sujeitos ao serem hospitalizados. Estas dificultam o tratamento adequado do cliente e acarretam um acréscimo na morbilidade, mortalidade, bem como um acréscimo do consumo de recursos hospitalares e comunitários, constituindo-se como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2013c).

A DGS criou em 2013 a partir da fusão dos dois anteriores programas “Programa Nacional de Controlo de Infeção” e “Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos”, o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos – PPCIRA (despacho n.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro), constituindo-se como um dos programas de saúde prioritários, e tendo por objetivos a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos através da implementação de práticas baseadas na evidência (DGS, 2013c). A fusão destes dois programas é sinérgica, intensificando a multiplicação de resultados, uma vez que quer a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, quer a taxa de resistência e uso de antimicrobianos continua elevada em Portugal. A prevenção das IACS baseia-se na implementação de uma estratégia de informação/ promoção de boas práticas e sua

vigilância epidemiológica, a normalização de estruturas, procedimentos e práticas clínicas e os incentivos financeiros por via do financiamento hospitalar (DGS, 2013c).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ciente que o elevado nível de resistência aos antimicrobianos é uma problemática crescente mundialmente, atualizou em 2015 o relatório global sobre a vigilância da resistência aos antimicrobianos, considerando-a como uma ameaça à saúde pública e causadora de apreensão em múltiplos setores (DGS, 2016). Segundo o relatório “Prevenção e controle de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015”, verificou-se em Portugal em 2014 uma redução da incidência de algumas infeções, a exemplo da pneumonia associada à intubação nas UCI, com taxas semelhantes à média Europeia. O consumo de antimicrobianos também decresceu, principalmente no que concerne ao uso de quinolonas e carbapenemos, assim como a redução das taxas de resistência de alguns microorganismos multirresistentes, a exemplo do enterococcus (DGS, 2016).

O conhecimento do plano nacional de controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos em Portugal são fatores determinantes numa prática especializada, na medida em que relevam a importância da adoção das precauções básicas de controlo da infeção (PBCI) - norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013 - nas práticas clínicas, promovendo a prevenção da transmissão cruzada de IACS e a segurança do cliente, do profissional de saúde e de todos os cidadãos que contactam com os serviços de saúde.

Ao longo do percurso profissional e com mais relevância no decurso dos ensinamentos clínicos, por estar inerente ao perfil de competências especializadas, aplicou-se as PBCI na prestação de cuidados, considerando-se que todo o cliente pode constituir um risco de transmissão de microrganismos e que as potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (à exceção do suor), a lesão tecidual, as mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados suscetível de ser contaminado. Pelo que, com base nos conhecimentos sobre as PCBI, a cadeia epidemiológica da infeção e a avaliação de risco, selecionou-se o equipamento de proteção individual adequado em função do contacto previsto e do risco esperado, procedendo-se também ao ensino do cliente, dos familiares/ visitas nos diferentes contextos de ensino clínico.

Atendeu-se à triagem dos clientes, à higiene das mãos, à etiqueta respiratória, à utilização de equipamentos de proteção individual, à descontaminação do equipamento clínico, ao controlo ambiental, ao manuseamento seguro da roupa, à recolha segura de resíduos, às práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e à exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013b). Concorde-se com a DGS (2013b)

ao referir que o princípio implícito nas PBCI é que “não há clientes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (p.10).

Um dos objetivos estratégicos do Plano nacional para a segurança dos clientes (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), é a prevenção e controle das resistências aos antimicrobianos e da infeção associadas aos cuidados de saúde prestados (IACS), sendo da responsabilidade de cada unidade de saúde, através da respetiva comissão de qualidade e segurança (Despacho n.º 3635/2013), assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o seu cumprimento, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos. Enquanto profissional prestador direto de cuidados de saúde, procurou-se assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde (SU, UCICT e UQP) no decurso dos estágios realizados, assim como no decurso da prática profissional. Considera-se que a implementação efetiva das medidas preconizadas como necessárias à promoção e viabilização de boas práticas na área do controle da infeção e da gestão de risco / segurança do cliente são fatores indispensáveis à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo o enfermeiro especialista um papel preponderante nesta área.

No SESARAM,EPE, onde decorreu o ensino clínico em contexto de SU e UCICT, a implementação das ações definidas no PPCIRA e no PNSD relativamente às IACS e à resistência aos antimicrobianos, e o acompanhamento e cumprimento dessas ações é da responsabilidade do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do SESARAM,EPE. A par destas ações o SESARAM, EPE, através da GCPPCIRA promove medidas de prevenção e controle da infeção no âmbito do desafio da Fundação Calouste Gulbenkian STOP Infeção Hospitalar, o qual visa a redução de 50% da incidência de infeções hospitalares. Neste sentido, está sendo implementado em alguns serviços (a exemplo da UCIP e Medicina interna) um conjunto de feixes de intervenção delineados visando a prevenção da infeção no local cirúrgico, da pneumonia associada à intubação (PAI) e da infeção relacionada com catéter vesical (CV) e catéter venoso central (CVC) (GPPCIRA do SESARAM,EPE, 2017).

Sendo o SMI do HDNM um dos serviços aderentes a este desafio, e por desenvolver-se a prática profissional neste contexto, as intervenções delineadas nos feixes estão incorporadas na rotina de cuidados, considerando-se uma mais-valia na prática de cuidados especializados. Neste sentido, e apesar do SU e da UCICT do HDNM não implementarem estas medidas na prática de cuidados, durante os respetivos estágios alertou-se os elementos das equipas sobre estas recomendações, especialmente no que

concerne à PAI (monitorização da pressão do *cuff*, higiene oral com glucanato de clorohexidina a 0.2% entre outras) e à prevenção da infeção do CVC (antisepsia da pele com clorohexidina 2% em álcool antes da introdução e na realização do penso) e do CV (técnica limpa no manuseamento do sistema de drenagem e higiene diária do meato uretral). Constatou-se a aceitação dos colegas a estas recomendações, tendo-se apurado a solicitação de aquisição da solução de clorohexidina 2% em álcool para antisepsia da pele, ao enfermeiro chefe em SU e UCICT, a par da aquisição de um Cufômetro para monitorização da pressão do *cuff* na UCICT. Apurou-se ainda, que quer a UCICT, quer o SU (apesar de algumas condicionantes estruturais) têm um circuito de materiais limpos/sujos e de materiais esterilizados bem definidos, sendo a descontaminação do equipamento clínico e a limpeza ambiental adequada.

O Hospital da Prelada como instituição privada com acreditação em qualidade pelo CHKS tem uma comissão de controlo da infeção hospitalar (CCIH), que coordena a implementação das recomendações, normas e circulares normativas da DGS e do Serviço Nacional de Saúde, mormente no que concerne ao PPCIRA e ao PNSD em toda a instituição. Relativamente à UQP a atendendo à perda da barreira cutânea do cliente com lesão tecidular por queimadura, comprovou-se que a prevenção e controlo da infeção é uma área de grande relevo neste contexto. Assim, a par de todos os profissionais, teve-se especial atenção na adoção das PBCI, nomeadamente no que concerne à lavagem das mãos, à adoção de medidas de proteção individual (farda e socas de uso exclusivo da unidade, bata de proteção esterilizada, uso de toca), à utilização de máscara e de técnica asséptica em todos os procedimentos ao cliente e à separação correta de lixos.

Relativamente ao controlo ambiental, verificou-se que a unidade está estruturada em quartos de isolamento com fluxo laminar, sistema de ventilação e de filtração do ar, e com uma temperatura entre 26°-30°, e humidade entre os 20%-60%. É efetuada mensalmente a monitorização microbiana do ambiente, através da avaliação dos níveis de higiene e da eficiência da limpeza clínica, estando o circuito de materiais limpos/ sujos bem definido e existindo uma adequada diferenciação entre as áreas limpas e sujas. No que concerne aos materiais esterilizados, estes são todos descartáveis e de uso único. Constatou-se ainda que todos os clientes efetuam rastreio microbiológico através de zaragatoas nasal e/ou retal quando presentes os critérios definidos pela DGS, a exemplo do despiste de *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA).

Ao refletir-se sobre a prática desenvolvida, considera-se que maximizou-se a intervenção na prevenção e controlo da infeção, nomeadamente na prevenção das IACS, perante o cliente crítico ao longo dos ensinamentos clínicos, face à complexidade das situações e

à necessidade de respostas apropriadas e em tempo profícuo, reconhecendo-se a sua elevada relevância no cuidar especializado.

O cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica assume maior relevância ante a complexidade decorrente da existência simultânea de múltiplas vítimas, em resultado de situações de catástrofe ou de emergência multivítima. A catástrofe é definida na Lei nº 27/2006, de 3 de Julho, que aprova a Lei de Bases da proteção civil, como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (s.p.).

Segundo Birkland referido por Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM (2012), as catástrofes são mais profundas que os desastres porque afetam áreas maiores, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas são afetadas, como exemplo o Furacão Katrina, ano de 2005 nos EUA. A emergência multivítimas caracteriza-se por envolver um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde, exigindo-se um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionando-se o melhor tratamento e rentabilizando-se os recursos disponíveis ao máximo (OE, 2012).

Segundo Almeida e Sousa (2012), o conhecimento pelos profissionais das diversas fases de preparação da resposta a situações de emergência multivítimas e de catástrofe, fomenta a sensibilização para a necessidade de otimizar a gestão nestas situações, e para a necessidade de implementação do Plano de Emergência Externa dos hospitais, a par da identificação dos papéis dos enfermeiros, das atribuições dos serviços, das cadeias de comando e dos procedimentos a executar. Neste sentido, teve-se a oportunidade de consultar durante o ensino clínico em contexto de SU, o Plano de Resposta Catástrofe do SESARAM, EPE, o qual é constituído por um conjunto de normas e procedimento destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorram na RAM, originando uma procura repentina e excessiva de cuidados de urgência, podendo originar o esgotamento dos recursos disponíveis. Esse plano define os princípios gerais de organização face a um afluxo maciço de vítimas ao SU, garantindo uma eficaz atuação e reduzindo a morbilidade e mortalidade. Consultou-se também o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM.

De forma a desenvolver conhecimentos e habilidades na conceção e articulação dos planos de emergência e catástrofe, no planejar de respostas concretas e na gestão de cuidados perante as pessoas em situação de emergência multivítima e catástrofe, e indo ao

encontro do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 361/2015, 2015), realizou-se o curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI) em Novembro de 2016, promovido pelo Madeira International Disaster Training Centre.

O MRMI é um curso de formação internacional pós-graduada, diferenciado na área da emergência e catástrofe, certificado por entidades internacionais, nomeadamente a European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) e Board Europeu do MRMI. Ao longo do curso e através de um modelo de simulação avançada (macsim.se) treinou-se a cadeia de comando, desde a situação de catástrofe, ao transporte pré-hospitalar e intra-hospitalar, a gestão hospitalar face a situações de multivítimas, a triagem, a evacuação e a gestão de estruturas da comunidade que auxiliem na resposta a estas situações.

Considera-se que a formação e treino são de grande relevo neste contexto, pois permitem uma maior sensibilização sobre estas situações, assim como o desenvolvimento de conhecimentos e de competências teóricas e práticas, através da perceção dos papéis que o enfermeiro pode desempenhar e das suas responsabilidades.

No decurso deste subcapítulo procurou-se através de uma análise crítico-reflexiva elucidar o percurso de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica ao longo do CMEMC. No próximo subcapítulo pretende-se explorar os desafios e oportunidades profissionais futuras no que concerne ao cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura.

2.3. Desafios e oportunidades no cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura

Cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura requer conhecimentos e competências diferenciadas que permitam a prestação de cuidados rigorosos, individualizados e eficientes, estando intrínseca a uma prática especializada.

O ensino clínico em contexto de UQP possibilitou apreender-se e compreender-se a fisiopatologia da lesão tecidular por queimadura e sua evolução, conhecer-se as recomendações e orientações que definem as metodologias de avaliação e de gestão mais eficientes e eficazes na abordagem ao cliente com esta lesão tecidular, e verificar-se na prática em contexto de unidade especializada, de referência em Portugal, como são prestados efetivamente os cuidados de enfermagem a estes clientes. Reconheceu-se que os

focos de atenção dos cuidados especializados a estes clientes centram-se na lesão tecidular, no controle da dor e promoção do bem-estar, na vigilância e prevenção de complicações, no apoio emocional, no apoio à família e na reabilitação precoce.

Considera-se que o desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais, na assistência ao cliente com lesão tecidular por queimadura e sua família, serão de relevo na futura prática profissional especializada em contexto de cuidados intensivos. Assim, e visando-se o colmatar da carência de um documento de sistematização dos procedimentos na abordagem ao cliente com lesão tecidular por queimadura, desde a admissão no SMI do HDNM até à sua transferência para uma unidade de queimados de referência, correspondente à fase de ressuscitação (primeiras 48h após a lesão), apresentou-se ao serviço um projeto nesta área.

O projeto elaborado contempla a conceção de um protocolo de atuação com base nos conhecimentos e na evidência científica atual na área, de forma a fundamentar e uniformizar os cuidados prestados, contribuindo para uma assistência segura e de qualidade, e fomentando os melhores *outcomes* no cliente.

Com o protocolo “Cuidar do Cliente Crítico com Lesão Tecidular por Queimadura” tem-se por finalidade a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente com lesão tecidular por queimadura durante o internamento no SMI, assim como a prevenção e a antecipação de focos de instabilidade e de complicações no cliente com lesão tecidular por queimadura. Definiram-se como objetivos:

- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente com lesão tecidular por queimadura no SMI;
- Uniformizar as intervenções de enfermagem ao cliente com lesão tecidular por queimadura, na fase de ressuscitação e na transferência para unidade de referência;

Prevê-se a apresentação formal do protocolo a toda a equipa do SMI até final de Março de 2017 e a realização inicial de duas sessões de formação sobre a temática. Submeteu-se a proposta de protocolo (apêndice A), que foi avaliada e aprovada pelo Enfermeiro chefe e pelo Diretor clínico da unidade. Aguarda-se aprovação pela Direção Clínica do SESARAM, EPE.

Tem-se como pretensão futura fomentar o desenvolvimento de competências e conhecimentos nesta área, através da formação contínua e avançada, nomeadamente a participação em jornadas e congressos sobre a temática e a realização de uma pós-graduação em feridas e viabilidade tecidular. Considera-se que cuidar do cliente com lesão

tecidual por queimadura constitui-se como um desafio e uma oportunidade na prática de enfermagem especializada.

CONCLUSÃO

Concluída a redação deste relatório e refletindo-se sobre o caminho trilhado, considera-se que o CMEMC na sua componente teórica e prática permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos para o cuidar especializado e diferenciado à pessoa em situação crítica. Teve-se como suporte à prática clínica a teoria das transições de Afaf Meleis, pois considera-se esta transversal a todos os processos de cuidar ao cliente crítico, e o referencial teórico de Patrícia Benner no processo de aquisição e desenvolvimento de competências clínicas.

Olha-se, findo a elaboração deste relatório, para o processo de construção de competências como um percurso do qual o enfermeiro é o ator, através da procura e exploração de práticas, conhecimentos e habilidades, as quais aliadas ao pensamento crítico-reflexivo na ação e a para a ação fomentam a excelência dos cuidados prestados.

Douta de que o saber profissional especializado de enfermagem edifica-se com base numa prática crítico-reflexiva, considera-se ter demonstrado ao longo deste relatório o percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e família, particularmente o cliente com lesão tecidual por queimadura, desde a abordagem pré-hospitalar aos cuidados na UQP.

Descreveu-se e refletiu-se objetivamente sobre as experiências vivenciadas e as atividades pertinentes e incitadoras do aprendizado, amplificadas ao longo do ensino clínico em contexto de pré-hospitalar, SU, UCICT e UQP. E ainda, sobre as estratégias adotadas que cooperaram para a aquisição dos conhecimentos e proficiências, à luz das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação, e tendo por alicerce os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e a evidência científica atual.

Julga-se que a experiência e competências previamente adquiridas, através da prática profissional, no cuidar do cliente crítico em UCI, constituiu uma mais-valia no cuidar do cliente crítico ao longo dos distintos estágios, bem como na partilha de conhecimentos e experiências com as equipas de enfermagem, visando-se o incremento da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Considera-se ter também alcançado, um nível digno de conhecimento, e capacidade para compreendê-lo, viabilizando a sua aplicação na resolução de problemas

em contextos alargados e multidisciplinares, através de um processo de julgamento e de tomada de decisão, que envolve uma reflexão sobre as implicações e responsabilidades ético-sociais, comunicando-o claramente e inequivocamente aos enfermeiros. Desenvolveu-se ainda, habilidades fomentadoras da aprendizagem contínua, auto-orientada e autónoma, intrínsecas ao perfil de competências do enfermeiro mestre em enfermagem, e de acordo com o decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março.

A motivação, o empenho e a capacidade de iniciativa foram atributos presentes durante os ensinamentos clínicos e na realização deste relatório, os quais impulsionaram o desenvolvimento pessoal e profissional, especificamente a nível do saber saber, saber fazer e saber ser. Os estágios corresponderam a todas as expectativas, principalmente o realizado na UQP, tendo-se identificado práticas exímias, mas também práticas menos corretas, porém e considerando-se que as aprendizagens também se fazem de erros, estas constituíram-se como oportunidades únicas de debate e de partilha de saberes. Todos os conhecimentos e habilidades adquiridos serão de relevo na prática profissional especializada em contexto de UCI, especialmente o cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura, motivando-se desafios e oportunidades profissionais nesta área, a exemplo do protocolo de cuidados que elaborou-se.

A maior dificuldade que sentiu-se na elaboração deste relatório foi a sintetização e priorização dos conhecimentos adquiridos neste percurso, e a sua organização coerente, de forma a relevar-se o desenvolvimento das competências requeridas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Em suma, evidenciou-se o percurso de desenvolvimento de competências segundo uma perspetiva académica avançada, refletiu-se criticamente na prática e sobre a prática, demonstrando-se consciência crítica acerca do cuidar do cliente e família, especialmente na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, com enfoque no cliente com lesão tecidular por queimadura e com base na evidência científica atual, sendo de relevo na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida e Sousa, J. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*. Consultado 28 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>
- Almeida, F. (2011). *A Essência do Processo de Enfermagem*. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf
- Alves, U. (2013). *Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado na UTI: um estudo bibliográfico*. (Monografia de pós-graduação, Universidade de Castelo Branco, Salvador). Consultada a 10 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EU/EU09/ALVES-uiara.PDF>
- American Burn Association. (2016). *Burn Incidence and Treatment in the United States: 2015*. Consultado a 8 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php
- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha de Informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7). 113-122. Consultado a 28 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a12.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (1ª ed.). (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Consultado a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Brykczynski, K. (2004). De principiante a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In Alligood, M.; Tomey, A. (5ª edição) *Técnicas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lisboa: Lusociência

- Caldana, G., Gabriel, C., Rocha, F., Bernardes, A., Françolin, L., & Costa, D. (2013). Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (4). 915-922, DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1). 192-200. Consultado a 10 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_arttext&tlng=pt
- Camelo, S. & Angerami, E. (2013). Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22 (2). 552-560. Consultada a 10 Janeiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200034
- Coelho, P. (1998). *O Diário de uma Mago*. Lisboa: Pergaminho.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. (Relatório CRRNEU) Disponível em <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2011* (Portuguesa ed.). (Ordem dos Enfermeiros, Ed., & H. Castro, Trad.) Genebra, Suíça.
- Costa-Dias, M. (2014). *Quedas em Contexto Hospitalar: Fatores de Risco*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Consultada a 21 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17112>
- Dantas, R. (2011). *A prática Avançada de Enfermagem em Emergência*. (Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16149>

- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2015a). *Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. (Norma 022/2012 atualizada a 10/11/2015). Consultada a 10 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015b). *Abordagem Organizacional do tratamento de queimaduras*. (Norma 024/2012 atualizada a 02/12/2015). Consultada a 10 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242012-de-27122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015c). *Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. (Norma 023/2012 atualizada a 26/11/2015). Consultada a 10 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232012-de-26122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Escala de Braden: versão adulta e pediátrica*. (Orientação n.º 017/2011). Consultada a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=20377>
- Direção Geral da Saúde. (2015d). *Norma de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. (Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015). Consultado a 8 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2015/11/04/norma-dgs-consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito/>
- Direção Geral de Saúde. (2015e). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão até 2020*. Consultado a 25 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2013a). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Consultado a 28 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Direção Geral de Saúde (Ed.). (2016). *Portugal -Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. Consultado a 27 de Janeiro

de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2013b). *Precauções Básicas no Controlo da Infecção (PBCI)*. (Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013). Consultada a 28 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2013c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos*. Consultado a 27 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015f). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e referência Interna Imediata. Triage de Manchester, Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale, implementação, auditoria interna e externa*. (Norma 002/2015). Consultado a 27 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015-pdf.aspx>

Direção Regional de Estatística da Madeira. (2016). Estatísticas da Saúde da Região Autónoma da Madeira 2015. *Em Foco*.1-7. Consultado a 22 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://estatistica.gov-madeira.pt/download-now-3/social-gb/saude-gb/2015-11-11-16-36-24/saude-emfoco-gb/finish/312-saude-em-foco/6725-em-foco-2015.html>

Echinard, C., & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras* (Abecasis, L., Trad.) (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Garcia, S., Haddad, M., Dellarozza, M., Costa, D., & Miranda, J. (2012). Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (2). 339-346. Consultada a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200021

Gehlen, G., & Lima, M. (2013). Nursing work in care practice at emergency care units in Porto Alegre/RS. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31 (1). 26-35. Consultado a 21 de Janeiro de 2017. Disponível em

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072013000100004

Gois, C., Aguillar, O., Santos, V., & Rodríguez, E. (2012). Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Investigación e Educación en Enfermería*, 30 (3). 312 – 319. Consultado a 26 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300003

Gómez-Rojas, J. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38 (1), 49-55. Consultado a 8 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>

González, A., Sánchez, D., & Morales, G. (2016). Evaluación de la satisfacción de las familias y/o acompañantes de los pacientes atendidos en la unidad de cuidado intensivo y cuidado coronário de una institución de cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 7 (1). 25-36. Consultado a 28 de Janeiro de 2017. Disponível em http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3102

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos do SESARAM, EPE. [GCPPCIRA, SESARAM, EPE]. (2017). *STOP Infecção Hospitalar! Um desafio Gulbenkian*. Consultado a 29 de Janeiro de 2017. Disponível em https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=187

Gulbenkian, F. C. (2015). *Stop Infecção Hospitalar*. Disponível em <http://www.stopinfecaohospitalar.com/>

<https://www.sesaram.pt/gcppcira/>. Consultado a 28 de Janeiro de 2017.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situações de Exceção – Manual TAS*. Disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172551542879.pdf>

International Society for Burn Injury. (2016). ISBI practice guidelines for Burn care. *Burns Journal*, Vol. 42 (4), 953-102, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>

- Jardim, S. (2015). *Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Madeira: Funchal.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1995). *El pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Machado, F. & Mogo, S. (2015). Liberdade religiosa em especial – Direito, Religião e Tratamentos médicos. *Revista Direito, Estado e Religião*. (1), 1 – 18. Lisboa: CEDIS Working Papers. Consultado a 20 Janeiro de 2017 em http://cedis.fd.unl.pt/wp-content/uploads/2015/07/CEDIS-working-papers_DER_Direito-Religi%C3%A3o-e-Tratamentos-M%C3%A9dicos.pdf
- Martin, L., Byrnes, M., McGarry, S., Rea, S., & Wood, F. (2017). Social challenges of visible scarring after severe burn: A qualitative analysis. *Burns Journal*, 43 (1). 76-83.
- Martínez, P., Calixto, A., Socarrás, E. (2015). Identificación y normalización de las competencias profesionales específicas del especialista en Medicina Intensiva e Emergência. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 29 (2).304-323. Consultado a 16 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60844>
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2012). *Theoretical nursing Development and Progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, E.; Teixeira C.; Oliveira, R.; Almeida, D.; Veras, I.; Frota, N. & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), pp. 55-63. Consultado a 12 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a07.pdf>
- Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>

- Morton, P. & Fontaine, D. (2013). *Critical Care Nursing - A Holistic Approach* (10 ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem. In *VIII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal*, 10 Outubro de 2013. Leiria. Consultado a 15 de Janeiro de 2017. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf
- Oliveira, F. (2013). *Breves considerações a respeito do princípio da dignidade da pessoa humana*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto). Consultada a 18 de Janeiro de 2017. Disponível em https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=24817
- Oliveira, F. (2016). *Satisfação dos Utentes com a Experiência Hospitalar*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica do Porto, Porto). Consultada a 21 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21248>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. *Divulgar*. 8-13. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar*. Consultado a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao17jan2007.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Modelo Integrado de Emergência Pré-hospitalar*. Consultado a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf
- Pais, S. (2012). *O Cliente Crítico*. (Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Instituto de Ciências da saúde: Universidade católica portuguesa, Viseu). Consultado a 12 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10219/1/TESE%20SONIA%20PAIS.pdf>
- Pimenta, C.; Pastana, L.; Sichieri, K.; Gonçalves, M.; Gomes, P.; Sollha, R. & Souza, W. (2014). *Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. Consultado a 18 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>
- Pinho (2014). *Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de ciências de saúde, Florianópolis). Consultado a 8 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129147/328315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- PORTUGAL. Assembleia da República. (03 Jul. 2006). Lei n.º 27/2006: Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, n.º 126, I Série*.
- PORTUGAL. Gabinete do Secretário Adjunto do Ministro da Saúde. (07 Mar. 2013). Despacho n.º 3635/2013: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário da República, n.º 47, II Série*.
- PORTUGAL. Gabinete do Secretário Adjunto do Ministro da Saúde. (22 Fev. 2013). Despacho n.º 2902/ 2013: Legislação Portuguesa. *Diário da República, n.º 38, II Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 Mar. 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006: Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República, n.º 60, I Série-A*.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (02 Fev. 2015). Despacho n.º 1057/2015: Sistemas de triagem de prioridades. *Diário da República*, n.º 22, II Série.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (06 Mar. 2002). Despacho Normativo 11/2002: Reorganização da Urgência Hospitalar. *Diário da República* n.º 55, I Série-B.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 Fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020. *Diário da República*, n.º 28, II Série.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 Ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014: Rede de Serviços de Urgência. *Diário da República*, n.º 153, 2.ª Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (02 Dez. 2014). Regulamento 533/2014: Normas para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, n.º 233, 2.ª Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 Set. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, n.º 35, II Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 Set. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, n.º 35, II Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 Set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 181, I Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 Jun. 2015). Regulamento 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* n.º 123, II Série.
- PORTUGAL. Vice-presidência do Governo Regional e Secretarias Regionais do Plano e Finanças e dos Assuntos Sociais. (02 Ago. 2013). Portaria n.º 69/2013: Estatutos do Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM. *Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira*, n.º 104, I Série.

- Rego, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Consultada a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf
- Rodrigues, F. (2014). *O Cuidado de Enfermagem Culturalmente Competente: uma narrativa de enfermagem em serviço de infeciologia*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto). Consultado a 20 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77902/2/108131.pdf>
- Roth, J. & Hughes, W. (2016). *Burn Unit Handbook* (2ª ed.). Flórida: CRC Press.
- Rowley-Conwy, G. (2013). Management of Burns in intensive and acute care. *Nursing Standard*, 27 (45), 63-68, DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2013.07.27.45.63.e7537>
- Sá, F.; Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*, Vol. 19 (1). Consultado a 23 de Janeiro de 2017. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Santos, J.; Oliveira, A.; Costa-Pereira, A.; Amarante, J & Freitas, A. (2016). Burden of burns in Portugal, 2000–2013: A clinical and economic analysis of 26,447 hospitalisations. *Burns Journal*, Vol.42 (4), 891-900, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.01.017>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial [SESARAM,EPE]. (2016). *Cirurgia Cardiotorácica*. Consultado a 12 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://www.sesaram.pt/cct/>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial [SESARAM, EPE]. (2008). *Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externa com Vítimas*. Hospital Central do Funchal, Funchal.

- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial [SESARAM,EPE]. (2012). *Regulamento do Serviço de Urgência*. Funchal, Madeira, Portugal.
- Serviço Regional de Proteção Civil, IP – RAM. (2016). *Estatísticas mensais de Emergência Pré-Hospitalar*. Consultado a 22 de Janeiro de 2017. Disponível em https://www.procivmadeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=647&Itemid=38&lang=pt
- Soares, N., & Dall’Agnol, C. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (5). 683-688. Consultado a 25 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Soares, R., Martin, A., Arruda, G., Marcon, S., & Barreto, M. (2017). Fatores associados ao nível de dor na admissão e na alta em vítimas de trauma. *Revista Enfermería Global*, 16 (45). 143-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.240431>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de clientes críticos: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*. (Grupo Avaliação da dor). Consultado a 02 de Fevereiro de 2017. Disponível em http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- Tareco, E. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática*. (Tese de Mestrado, Universidade do Algarve, Algarve). Consultada a 18 de Janeiro de 2017. Disponível em <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/7670>
- Teixeira, A., Oselame, G. & Neves, E. (2014). O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. *Revista Três Corações*, 12 (2). 905-920. Disponível em <http://www.revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1769>

- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10). 135-142. Consultado a 02 de Fevereiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832016000300015&script=sci_abstract&tlng=pt
- Tomás, A. (2011). *Cuidar da pessoa em situação crítica: prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde*. (Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9500>
- Urden L.; Stacy, K.; Lough, M. (2013). *Thelan's: Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. (6.^a ed.) Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization (2016). *Burns*. Consultado a 12 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/#>

APÊNDICES

Apêndice A – Proposta de Protocolo: “Cuidar do Cliente Crítico com Lesão Tecidular por Queimadura”



PROPOSTA DE PROTOCOLO

Manual de Acreditação ACSA, Gestão Clínica, MS 1.02

PO. XXX PRO. XXX	PROCEDIMENTO n.º XXX	Versão n.º 001
-------------------------	-----------------------------	-----------------------

REFERÊNCIA: MANUAL DE SERVIÇO

1. NOME: CUIDAR DO CLIENTE CRÍTICO COM LESÃO TECIDULAR POR QUEIMADURA
--

2. ÂMBITO: EQUIPA DE ENFERMAGEM
--

3. RESPONSABILIDADE: SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA, SESARAM,EPE
--

4. EVIDÊNCIA: XXXX

Elaborado por: Sofia Vieira

Enfermeiro-Diretor: xxxx

Responsável do Serviço: xxxx

Diretor Clínico: xxxx

Data: 2017/02/06

Conselho de Administração
Data de Aprovação: ____/____/____

Data de Revisão: 2019/02/06

5. OBJECTIVOS / FINALIDADE

- 5.1.** Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente com lesão tecidular por queimadura no SMI;
- 5.2.** Uniformizar as intervenções de enfermagem ao cliente com lesão tecidular por queimadura, na fase de ressuscitação (1.^{as} 48 h) e na transferência para unidade de referência;
- 5.3.** Prevenir e a antecipar os focos de instabilidade e complicações no cliente com lesão tecidular por queimadura.

6. REFERÊNCIAS DE SUPORTE

- 6.1.** Direção Geral de Saúde. (2015a). *Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. (Norma 022/2012 atualizada a 10/11/2015).
- 6.2.** Direção Geral de Saúde. (2015b). *Abordagem Organizacional do tratamento de queimaduras*. (Norma 024/2012 atualizada a 02/12/2015).
- 6.3.** Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Orientações Programáticas*
- 6.4.** International Society for Burn Injury. (2016). ISBI practice guidelines for Burn care. *Burns Journal*, Vol. 42 (4), 953-102, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>
- 6.5.** Manual do Grupo de Coordenação do PPCIRA do SESARAM, EPE
- 6.6.** Manual do Serviço de Medicina Intensiva, SESARAM, EPE

7. CUIDAR DO CLIENTE CRÍTICO COM LESÃO TECIDULAR POR QUEIMADURA

7.1. Admissão do Cliente

- 7.1.1. Atender ao PO.01 PRT.013 PROTOCOLO n.º 013 Versão n.º001 – Admissão de Doente.
- 7.1.2. Atender à necessidade de isolamento de contacto (por perda acentuada da integridade cutânea e maior risco de infeção), de acordo com o PO.01 PRO. 004 PROCEDIMENTO n.º 004 Versão n.º 001 – ISOLAMENTO DE DOENTES, PRECAUÇÕES BÁSICAS E PRECAUÇÕES BASEADAS NA VIA DE TRANSMISSÃO.
- 7.1.3. Colocar o cliente preferencialmente no isolamento da unidade (PO.01 PRO.039 PROCEDIMENTO n.º 039, Versão n.º 001).

7.1.4. Atender à higiene das mãos e à utilização de equipamento de proteção individual: máscara, bata e luvas, sempre que contacto com o cliente. Utilizar bata e luvas esterilizadas apenas quando se prevê contacto direto com a superfície corporal lesada, a exemplo dos cuidados de higiene (PO.01 PRO.002 PROCEDIMENTO n.º 002, Versão n.º 001 e PO.01 PRO. 003 PROCEDIMENTO n.º 003 Versão n.º001).

7.1.5. Realizar a cama com lençóis estéreis.

7.1.6. Promover o aquecimento da unidade do cliente (recurso a aquecedor se disponível). Manter idealmente unidade do cliente aquecida (> 25°C e <30°C e com uma humidade de 30%) – controlo e prevenção de hipotermia.

7.2. Avaliação Inicial Sistematizada

7.2.1. Avaliação primária com base na abordagem ABCDEF (A- via aérea e estabilização da coluna cervical; B- Ventilação, C- circulação e controlo da hemorragia, D- disfunção neurológica, E- exposição, F- fluidoterapia).

7.2.2. Avaliação secundária segundo o AMPLE (A- alergias, M- medicação habitual, P- antecedentes clínicos, L- última refeição, E- causa da queimadura).

7.3. Colaboração na Intubação Endotraqueal (PO.01 PRO.019 PROCEDIMENTO n.º 019, Versão n.º 001), **se necessário** (ver 9.5. Critérios para Intubação Endotraqueal).

7.4. Colaboração na Colocação Catéter Venoso Central (PO.01 PRO.028 PROCEDIMENTO n.º 028, Versão n.º 001) **e Linha Arterial** (PO.01 PRO.027 PROCEDIMENTO n.º 027, Versão n.º 001), **se necessário**.

7.5. Algaliação (PO.01 PRO.016 PROCEDIMENTO n.º 016, Versão n.º 001) **e Entubação Orogástrica ou Nasogástrica** (PO.01 PRO.030 PROCEDIMENTO n.º 030, Versão n.º 001), **se necessário**.

7.6. Monitorização Hemodinâmica

7.6.1. Monitorização eletrocardiográfica contínua.

7.6.2. Monitorização neurológica.

7.6.3. Oximetria de pulso.

7.6.4. Capnografia.

7.6.5. Pressão Arterial invasiva.

7.6.6. Pressão Venosa Central.

Nota: Ponderar Monitorização Hemodinâmica invasiva com PICCO (PO.01 PRT. 006 PROTOCOLO n.º 006, Versão n.º 001).

7.7. Administração de Terapêutica Prescrita segundo PO.01 PRO.023 PROCEDIMENTO n.º 023, Versão n.º 001.

Atenção: Considerar a imunização **antitetânica**, se aplicável.

7.8. Cuidados Específicos

7.8.1. Avaliação da Área Queimada

7.8.1.1. Avaliação segundo a profundidade (ver 9.2.1. Classificação das queimaduras segundo a profundidade).

7.8.1.2. Avaliação da Área Total da Superfície corporal Queimada (ATSQC). (ver 9.2.3. Classificação para cálculo da ATSCQ).

7.8.2. Controlo da Dor / Analgesia

7.8.2.1. Monitorizar a dor com escala adequada.

7.8.2.2. Implementar intervenções de maximização do bem-estar do cliente.

7.8.2.3. Gerir a administração de terapêutica farmacológica prescrita.

Nota: Recomenda-se a analgesia endovenosa com opióides (nível de Evidência A, Grau de Recomendação I).

7.8.3. Cuidados à Lesão Tecidular por Queimadura

7.8.3.1. Realizar tricotomia as áreas queimadas para visualizar/ expor a lesão, se necessário.

7.8.3.2. Limpar a lesão:

7.8.3.2.1. Irrigar as lesões com água corrente, ou solução fisiológica 0,9% (SF 0.9%) ou água destilada para a remoção do excesso de exsudado e tecidos desvitalizados não aderentes;

7.8.3.2.2. Aplicar solução aquosa de diglucanato de clorhexidina a 4% (ou a 0,5% e 1%) com gaze estéril em toda a superfície lesada;

7.8.3.2.3. Aguardar o tempo mínimo de ação do produto (15 a 30 seg.);

7.8.3.2.4. Enxaguar com água ou SF. Se cliente hipotérmico, utilizar a solução morna;

7.8.3.2.5. Lavar das áreas corporais mais contaminadas para as menos contaminadas;

7.8.3.2.6. Se integridade genital, lavar com sabão dermoprotetor neutro;

7.8.3.2.7. Secar o cliente.

Nota: Salvo indicação contrária, devem-se irrigar as lesões durante cerca de 60 min na queimadura química, com exceção das queimaduras por cal viva (remover primeiro o produto sem água).

7.8.3.3. Executar penso (técnica asséptica):

7.8.3.3.1. Secar as lesões;

7.8.3.3.2. Aspirar flictenas;

7.8.3.3.3. Aplicar com luva esterilizada em toda a superfície da lesão o produto antimicrobiano prescrito. Recomenda-se a aplicação de sulfadiazina de prata 0.1% ou sulfadiazina de prata + nitrato de cério nas primeiras 72h após a lesão;

7.8.3.3.4. Aplicar compressa de gaze gorda sobre o medicamento na direção vertical (evitar garrote se aumento do edema);

7.8.3.3.5. Executar penso protetor fechado, absorvente e almofadado (camada de compressas e pranchetas).

Atenção: deixar os dedos livres e proteger os espaços interdigitais com gaze gorda.

7.8.3.3.6. Nas queimaduras oculares, aplicar pomada oftálmica antibiótica segundo prescrição, e executar penso ocular oclusivo (não tapar se o agente lesivo for alcalino).

7.8.3.3.7. Aplicar creme gordo nas áreas não afetadas.

7.8.3.3.8. Executar preferencialmente penso de exposição/ aberto nas queimaduras da face, orelhas e períneo.

7.8.3.3.9. Substituir pranchetas sempre que repasse justificável.

7.8.3.4. Elevar cabeceira a +- 35°.

7.8.3.5. Posicionar o cliente com alinhamento corporal:

7.8.3.5.1. Colocar o pescoço em posição neutra ou com ligeira extensão de 15°;

7.8.3.5.2. Elevar os membros superiores até ao nível do coração;

7.8.3.5.3. Elevar ligeiramente os membros inferiores;

7.8.3.5.4. Reduzir a pressão, prevenindo úlceras por pressão.

7.8.4. Prevenção da Infecção (quanto maior a área corporal comprometida pela lesão tecidular, maior a probabilidade de infeção).

7.8.4.1. Atender à higiene das mãos e medidas de proteção individual.

7.8.4.2. Utilizar técnica asséptica em todos os procedimentos que envolvam o contacto direto com o cliente.

7.8.4.3. Utilizar exclusivamente material estéril ou de uso único na prestação de cuidados.

7.8.4.4. Realizar cultura de pele e de secreções de pele (identificar flora colonizadora do cliente).

7.8.4.5. Aplicar antimicrobiano tópico nas lesões tecidulares (reduzir flora bacteriana).

7.8.4.6. Lavar a cavidade oral (com clorhexidina solução oral).

Nota: A administração profilática de antibióticos sistémicos não é recomendada. A colheita de hemoculturas só é realizada se suspeita de infeção e antes de iniciar-se o tratamento antimicrobiano sistémico.

7.8.5. Controlo Térmico

7.8.5.1. Prevenir a hipotermia através do aquecimento da unidade.

7.8.5.2. Manter cliente seco e normotérmico (temp. > 35°C).

7.8.5.3. Aquecer ativamente o cliente com cobertores/ sistemas de aquecimento externo, se necessário.

Nota: Ponderar a utilização de soluções endovenosas aquecidas.

7.8.6. Ressuscitação Volémica (ver 9.6. Fórmulas para Reposição Volémica)

7.8.6.1. Administrar fluidoterapia prescrita.

7.8.6.2. Monitorizar reposição volémica.

7.8.6.3. Monitorizar débito urinário horário (deve ser mantido 0.3 a 0.5 ml/Kg/h).

7.8.6.4. Vigiar edemas.

7.8.7. Aporte Nutricional

No grande queimado a nutrição entérica é preferível à nutrição parentérica, exceto nos casos em que o suporte parentérico é indicado, nomeadamente na síndrome do intestino curto, fístula gastrointestinal e obstrução intestinal.

A nutrição entérica precoce é mandatória nos clientes com > 20% de ATSCQ em dose trófica (10 – 20 ml/h).

7.8.7.1. Administrar nutrição entérica, segundo prescrição, e de acordo com Manual do Serviço II, PO.01 PRT. 013 PROTOCOLO n.º 013 - Nutrição Entérica.

7.8.8. Monitorização Laboratorial

7.8.8.1. Hemograma, ionograma, ureia, PTT, tempo de protrombina, creatinemia, glicemia, proteína C reativa, creatinafosfoquinase (CK), proteínas totais / albumina, pesquisa de substâncias (drogas, medicamentos) na urina e se aplicável teste de gravidez.

Nota: Recomenda-se a monitorização laboratorial a cada seis horas nas primeiras 24h de ressuscitação após lesão, e posteriormente a cada 12 horas até as 72 horas.

7.8.8.2. Eletrocardiograma (nas queimaduras elétricas ou se história de patologia cardiovascular).

7.8.8.3. Radiografia de Tórax.

7.8.8.4. Gasometria arterial (avaliação lactato).

7.9. Transferência para a Unidade de Queimados de Referência

Quando presentes um ou mais critérios (ver 9.4. Critérios de referenciação) a transferência do cliente do SMI, para a unidade de queimados de referência, efetua-se de acordo com as normas do transporte do cliente crítico da SPCI, devendo ser assegurados os seguintes critérios:

7.9.1. Vigilância primária e secundária.

7.9.2. Acesso venoso central.

7.9.3. Intubação oro/nasogástrica.

7.9.4. Restrição via oral.

7.9.5. Monitorização hemodinâmica.

7.9.6. Penso protetor (ver 7.8.3. Cuidados à lesão tecidular por queimadura).

7.9.7. Aquecimento térmico.

7.9.8. Terapêutica endovenosa / Fluidoterapia.

7.9.9. Consentimento informado escrito de acordo com a norma n.º 015/2013.

7.9.10. Seguir orientações do Manual do Serviço – PO.01 PRO. 006 PROCEDIMENTO n.º 006, VERSÃO n.º 001 – Alta e Transferência

de Utente para Outros Serviços e PO.01 PRO. 011 INST.0002 INSTRUÇÃO de TRABALHO n.º 0002, VERSÃO n.º 001-Preenchimento do Registo de Transferência.

7.9.11. Assegurar documentação para transporte aéreo – Credencial do Instituto Nacional de Aviação Civil (INAC).

8. NORMAS E RESULTADOS

Os procedimentos inerentes ao cuidar do cliente com lesão tecidular por queimadura estão documentados e uniformizados.

9. CONTEXTUALIZAÇÃO DE APOIO

9.1. Dados Epidemiológicos Portugal

Segundo o estudo “ Burden os Burns in Portugal, 2000 – 2013: A clinical and economic analysis of 26,447 hospitalisations”, em Portugal foram registadas um total de 26.447 hospitalizações por lesão tecidular por queimaduras entre 2000-2013 (média de 1889 admissões por queimadura/ ano). A taxa de hospitalização total foi de 18.9/ 100 mil habitantes/ano, com maior incidência no sexo masculino e um custo médio crescente por admissão (8032 euros em 2013). Com uma importante morbilidade, a taxa de mortalidade intra-hospitalar era à data excessivamente elevada (4,4%), não se cumprindo com os critérios de transferência dos clientes para as unidades especializadas (Santos, Oliveira, Costa-Pereira, Amarante e Freitas, 2016).

9.2. Queimaduras

Segundo a CIPE (2014), queimadura é “uma lesão tecidular caracterizada por rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos (...) com risco de choque e com risco de vida.” (p.69).

As queimaduras podem ser classificadas de acordo com vários parâmetros, nomeadamente a profundidade, o agente causal, a extensão e a percentagem de superfície corporal total queimada, os quais determinam a gravidade clínica e auxiliam na escolha do tratamento.

9.2.1. Classificação da Queimadura Segundo a Profundidade

A profundidade da lesão está diretamente relacionada com a intensidade do agente térmico e com o tempo de contacto com o tecido. Segundo a DGS (2015) as queimaduras classificam-se segundo a profundidade em queimadura epidérmica, queimadura de 2º grau superficial, queimadura de 2º grau profunda e queimadura subdérmica.

Tabela 1: Classificação das Queimaduras segundo a Profundidade

<i>Classificação</i>	<i>Camadas Lesadas</i>	<i>Aspeto Clínico / Evolução</i>
Queimadura epidérmica (1º Grau) Nota: não é considerada no cálculo da SCQ para efeitos de reposição volémica	Epiderme	Eritema, brilhante, sem flictenas. Edema ausente ou mínimo e dor. Ex: queimadura solar. Reepiteliza entre 5 a 7 dias
Queimadura 2º Grau Superficial (Superficial de espessura parcial)	Epiderme e Derme Superior (papilar)	Aspeto vermelho claro a forte, marmoreado, húmidas ou gotejantes. Presença de flictenas, edema e dor. Ex: queimadura por breve contacto com líquidos quentes ou chamas. Cicatriza entre 7 a 21 dias.
Queimadura 2º Grau Profunda (Profunda de espessura parcial)	Epiderme, Derme Superior e Derme Profunda (camada papilar até derme reticular)	Geralmente sem flictenas, grave compromisso do aporte sanguíneo, edema e dor. Vermelha na superfície com áreas brancas nas zonas mais profundas. Cicatrização longa (até 6 semanas) ou enxertia cutânea.
Queimadura Subdérmica (3º Grau/ Profunda completa)	Epiderme, Derme e Hipoderme. Pode envolver músculos e/ou ossos.	Placa seca, esbranquiçada, castanha ou carbonizada. Frequentemente com exposição de músculos, tendão ou osso. Indolor e insensível à palpação. Não cicatriza espontaneamente/ enxertia cutânea.

Fonte: DGS, 2015

9.2.2. Classificação da Queimadura segundo o Agente Causal

A etiologia das queimaduras pode ser variável, pelo que as lesões classificam-se segundo os agentes causais como: térmicas, de fricção, elétricas, por radiação ionizante e químicas (Pérez, Menéndez, González, Lluch, Agusti, & Cachafeiro, 2014).

Tabela 2: Classificação das Queimaduras segundo o Agente Causal

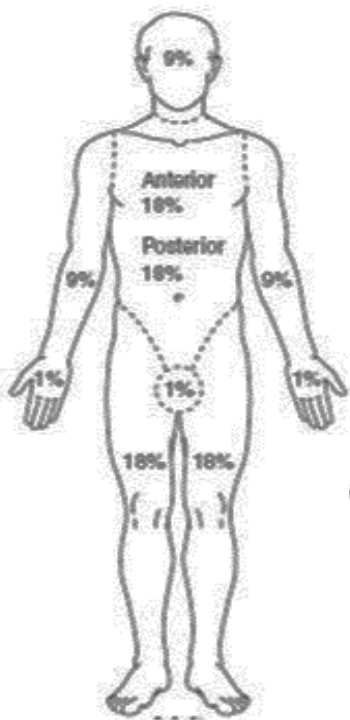
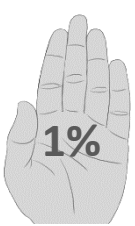
<i>Classificação</i>	<i>Agente Causal</i>
Queimadura Térmica	Exposição ao calor – líquidos quentes, vapor aquecido, chama ou objetos aquecidos. Exposição ao frio - contacto prolongado com gelo
Queimadura de Fricção	Abrasão da pele – acidente de viação / motociclo
Queimadura Elétrica + Graves	Correntes elétrica de alta voltagem – rede de alta tensão ou raios Corrente Elétrica de baixa voltagem – 220 v.
Queimadura por Radiação Ionizante	Radiação solar Raio x e rádio isótopos
Queimadura Química	Ácidos: muriático, sulfúrico Alcalis: soda caustica Agente biológico: medusa, anfíbios e urtigas

Fonte: Pérez et al., 2014

9.2.3. Classificações para o Cálculo da Área Total da Superfície Corporal Queimada

Existem várias classificações para o cálculo da área total da superfície corporal queimada (ATSCQ), no entanto atualmente os instrumentos mais utilizados são a Regra dos Nove de Wallace, o Método de Lund and Browder e o método da palma. Estes permitem determinar a gravidade das lesões, pois quanto maior a área corporal queimada, maiores as repercussões sistémicas (Pais, 2012; DGS, 2015).

Tabela 3. Classificações para o Cálculo da Área Total da Superfície Corporal Queimada

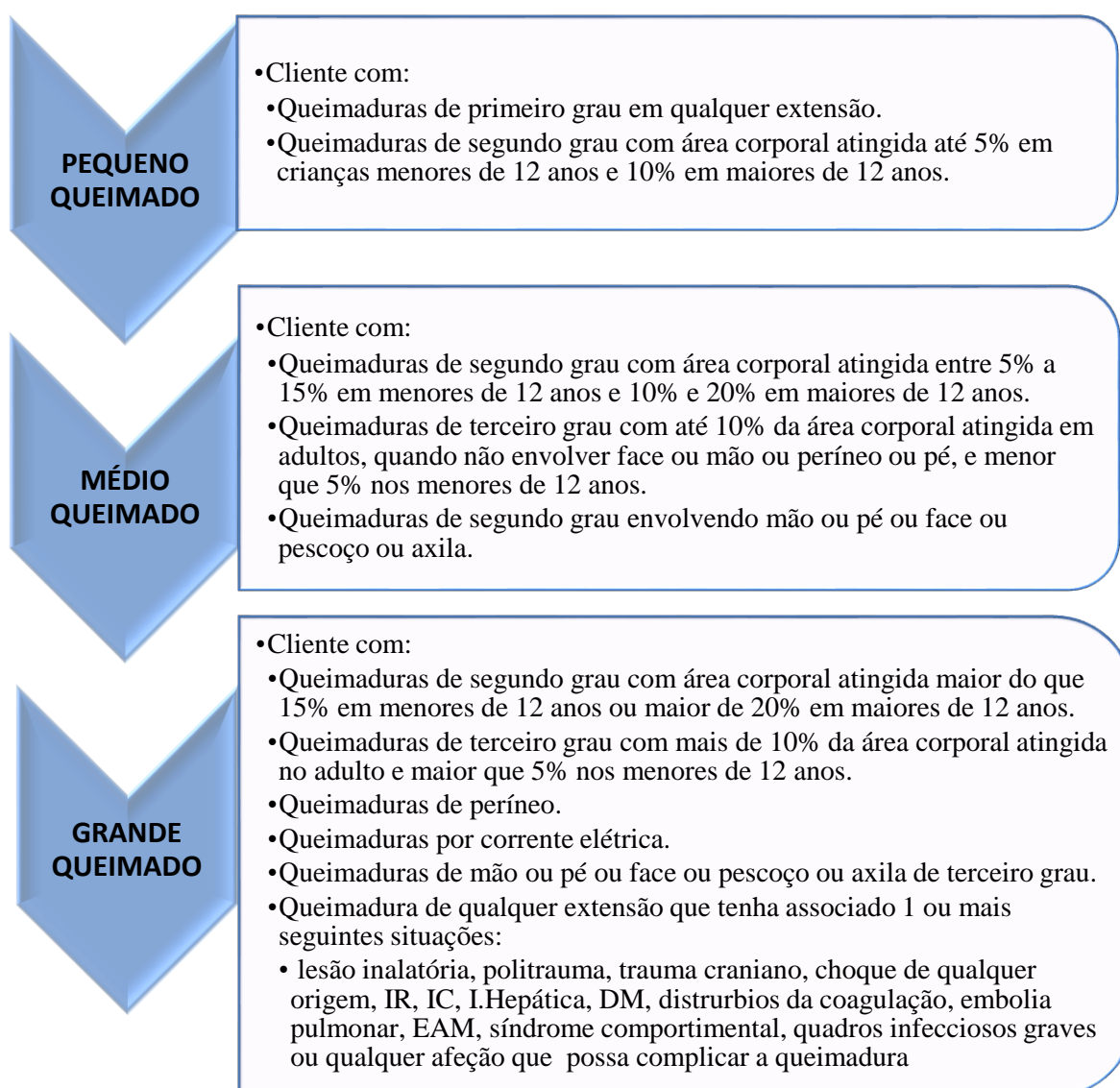
Regra dos Nove de Wallace		Método de Lund-Browder					
	Idade (anos) / Área	0-1	4	5-9	10-14	15	Adulto
	Cabeça	19	17	13	11	9	7
	Pescoço	2	2	2	2	2	2
	Tronco Ant.	13	13	13	13	13	13
	Tronco Post.	13	13	13	13	13	13
	Nádega Dta.	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
	Nádega Esq.	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
	Genitais	1	1	1	1	1	1
	Braço	4	4	4	4	4	4
	Antebraço	3	3	3	3	3	3
	Mão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
	Coxa	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
	Perna	5	5	5,5	6	6,5	7
	Pé	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
	Total %						
Método da Palma							
							

Fonte: DGS, 2015 e <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Lund-Browder+classification>

9.2.4. Classificação do Queimado segundo a Extensão e Grau de Gravidade

As lesões tecidulares por queimadura são potencialmente fatais em consequência da combinação entre a gravidade e a área de superfície corporal queimada, podendo originar complicações que impõem cuidados de emergência (Echinard & Laterjet, 2012). Nesta perspetiva de gravidade, a vítima de queimadura pode ser classificada como pequeno queimado, médio queimado ou grande queimado.

Diagrama 1- Classificação das Queimaduras segundo a extensão e grau de gravidade



Fonte: Pinho, 2014; Echinard & Laterjet, 2012

9.3. Alterações Sistémicas das Queimaduras

Diagrama 2- Alterações Sistémicas das Queimaduras



Fonte: Nielson et al., 2017; Echinard & Laterjet, 2012.

9.4. Critérios de Referenciação do Cliente para Unidade de Queimados

Os critérios de referenciação e internamento de clientes nas unidades de queimados são definidos em Portugal pela DGS (2015), na norma 022/2012. Devem ser referenciados com nível de Evidência A, para os centros de tratamento de queimados imediatamente após os cuidados de urgência, o cliente na (s) seguinte (s) situação (ões):

- 9.4.1. Idade inferior a 5 anos e superior a 65 anos;
- 9.4.2. Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- 9.4.3. Queimaduras superficial de espessura parcial (antigo 2º grau) superiores a 5% em lactentes (centro de tratamento de queimados pediátricos);
- 9.4.4. Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;
- 9.4.5. Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés;
- 9.4.6. Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- 9.4.7. Queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário;
- 9.4.8. Queimaduras elétricas;
- 9.4.9. Queimaduras químicas;
- 9.4.10. Carboxihemoglobina superior a 10%;
- 9.4.11. Queimaduras com lesões associadas;
- 9.4.12. Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;
- 9.4.13. Traumatismo crânio-encefálico;
- 9.4.14. Traumatismo músculo-esquelético;
- 9.4.15. Queimaduras com doenças associadas: diabetes mellitus, doença hepática; doença renal; doença cardíaca; doença psiquiátrica e/ou neurológica; neoplasias e situações de imunodepressão.
- 9.4.16. Suspeita de lesão por maus tratos;
- 9.4.17. Necrose epidermólise tóxica (síndrome de Lyell);
- 9.4.18. As queimaduras sem cicatrização entre o 10º - 14º dia;
- 9.4.19. Os clientes com cicatrizes, de alguns meses, após uma queimadura;
- 9.4.20. Queimaduras em clientes que irão requerer intervenção social, emocional ou de reabilitação.

9.5. Critérios para Intubação Endotraqueal (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)

Segundo a DGS (2015) e o ISBI (2016), a intubação endotraquel deve ser considerada nas seguintes situações:

- 9.5.1. Clientes em coma.
- 9.5.2. Insuficiência respiratória aguda.
- 9.5.3. Inalação ou intoxicação por monóxido de carbono.
- 9.5.4. Persistência de hipoxemia, apesar de suplementação de O₂ (Sa O₂ ≤ 90%).
- 9.5.5. Queimadura extensa da face, boca ou pescoço que possa ocasionar obstrução da via aérea.
- 9.5.6. Queimadura circunferencial do tórax.
- 9.5.7. Presença de expetoração carbonácea.
- 9.5.8. Índice de Clark > 2 (score clínico da lesão inalatória).

Tabela 4- Índice de Clark

	<i>Critério</i>	<i>Pontuação</i>
<i>Índice de Clark</i>	Espaço Fechado	1
	Dispneia	1
	Alteração da consciência	1
	Rouquidão	1
	Queimadura facial	1
	Expetoração carbonácea	1
	Fervores/ Alt. Auscultação	1
	Total	7

Fonte: DGS,2015

Nota: em caso de rouquidão progressiva ou estridor (sinal de obstrução da via aérea por edema), deve ser equacionada a intubação endotraqueal precoce.

9.6. Fórmulas para Reposição Volémica

Múltiplas fórmulas são utilizadas para guiar a ressuscitação volémica no cliente queimado, e incluem, mas não estão limitadas, à fórmula de Parkland no adulto e a fórmula de Brooke modificada nas crianças (ISBI, 2016; DGS, 2015).

As recomendações são para a utilização preferencial da solução de Lactato de Ringer, podendo ser substituída pela solução fisiológica. A reposição volémica varia entre 2 a 4 ml / kg / % de queimadura, durante um período de 24 horas. No adulto, segundo a fórmula de Parkland:

$$4 \text{ ml de lactato de ringer} \times \text{peso (Kg)} \times \% \text{ SCQ}$$

Na criança, segundo a fórmula de Brooke modificada:

$$2 \text{ ml de lactato de ringer} \times \text{peso (Kg)} \times \% \text{ SCQ}$$

Metade do volume calculado deve ser administrada nas primeiras oito horas (considerar o que foi administrado no pré-hospitalar), e o restante nas 16 horas subsequentes, sendo essencial uma monitorização e vigilância estritas. **Não é indicado a administração de coloides nas primeiras 24 horas da queimadura** (ISBI, 2016; DGS, 2015).

Ambas as fórmulas orientam a ressuscitação com o objetivo da titulação de líquidos para obter uma produção de urina de 0,3-0,5 ml /kg /h em adultos e 1,0 ml /kg /h em crianças. As fórmulas de ressuscitação servem meramente como guia e os pacientes são ressuscitados com base nas suas necessidades fisiológicas, e não apenas a partir de números ditados por uma fórmula (ISBI, 2016).

Atenção: habitualmente nas primeiras 3 horas de ressuscitação volémica os débitos urinários podem ser < a 0.3-0.5 ml/Kg/h. Está contraindicada a administração de diurético na fase de ressuscitação (ISBI, 2016).

9.7. Referências Bibliográficas

- 9.7.1. American Burn Association (2017). Disponível em <http://www.ameriburn.org/index.php>
- 9.7.2. Conselho Internacional de Enfermeiros. (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2011* (Portuguesa ed.). (Ordem dos Enfermeiros, Ed., & H. Castro, Trad.) Genebra, Suíça.
- 9.7.3. Costa Santos, D.; Barros, F.; Frazão, M. e Maia, M. (2015). Pre-burn center management of the airway in patients with face burns. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 28 (4). Disponível em http://www.medbc.com/annals/review/vol_28/num_4/text/vol28n4p259.htm
- 9.7.4. Echinard, C., & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras* (Abecasis, L., Trad.) (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- 9.7.5. Direção Geral de Saúde (2015). *Abordagem Organizacional do tratamento de queimaduras*. (Norma 024/2012 atualizada a 02/12/2015). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242012-de-27122012.aspx>
- 9.7.6. Direção Geral de Saúde (2015). *Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. (Norma 023/2012 atualizada a 26/11/2015). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232012-de-26122012.aspx>
- 9.7.7. Direção Geral de Saúde. (2013). *Precauções Básicas no Controlo da Infecção*. (Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013).
- 9.7.8. Fahlstrom, K., Boyle, C., & Makic, M. (2013). Implementation of a nurse-driven burn resuscitation protocol: a quality improvement project. *Critical Care Nurse*, 33 (1). 25-36. Disponível em <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/1/25.short>
- 9.7.9. International Society for Burn Injury (2016). ISBI practice guidelines for Burn care. *Burns Journal*, Vol. 42 (4), 953-102, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>

- 9.7.10. Lavrentieva, A. (2015). Critical care of burn patients. New approaches to old problems. *Burns Journal*, Vol.42 (1), 13-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2015.04.009>
- 9.7.11. Nielson, C., Duethman, N., Howard, J., Moncure, M., & Wood, J. (2017). Burns: Pathophysiology of Systemic Complications and Current Management. *Journal of Burn Care & Research*, 38(1). 461-481. Disponível em http://journals.lww.com/burncareresearch/Fulltext/2017/01000/Burns___Pathophysiology_of_Systemic_Complications.67.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP
- 9.7.12. Pais, S. (2012). *O Doente Crítico*. (Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Instituto de Ciências da saúde: Universidade católica portuguesa, Viseu). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10219/1/TESE%20SONI A%20PAIS.pdf>
- 9.7.13. Pérez, M., Menéndez, M., González, L., Lluch, N., Agusti, M., & Cachafeiro, S. (2014). Uso de los antissépticos en atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 46 (2). 10-24. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700563>
- 9.7.14. Pinho (2014). *Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de ciências de saúde, Florianópolis). Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129147/328315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 9.7.15. Roth, J. & Hughes, W. (2016). *Burn Unit Handbook* (2ª ed.). Flórida: CRC Press.
- 9.7.16. Santos, J.; Oliveira, A.; Costa-Pereira, A.; Amarante, J & Freitas, A. (2016). Burden of burns in Portugal, 2000–2013: A clinical and economic analysis of 26,447 hospitalisations. *Burns Journal*, Vol.42 (4), 891-900.

- 9.7.17. Snell, J., Loh, N., Mahambrey, T., & Shokrollahi, K. (2013). Clinical review: the critical care management of burn patient. *Critical Care*, 17 (5). 1-10. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/257460242_Clinical_review_The_critical_care_management_of_the_burn_patient
- 9.7.18. The free Dictionary by Farlex (s.d.). *Lund-Browder classification*. Disponível em <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Lund-Browder+classification>